様式第２号（第５条関係）

第　　　号

年　　月　　日

（病院名）管理者 様

福岡県知事

福岡県災害拠点精神科病院指定通知書

令和　　年　　月　　日付で福岡県知事に提出のあった、福岡県災害拠点精神科病院指定要綱（以下「要綱」という。）第４条に基づく申請について、要綱第５条の審査の結果、下記のとおり指定する。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　病 院 名 称 |  |
| ２　病院所在地 |  |
| ３　管 理 者 名 |  |
| ４　指定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ５　留 意 事 項 | ・要綱第７条の規定に基づき行う確認調査に協力しなければならない。・要綱第８条の規定に基づき指定の取消しを行うことがある。 |