

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">受 診 等 命 令 書</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">年    月    日</p>	
<p style="margin: 0;">住 所</p> <p style="text-align: center; margin: 10px 0 10px 100px;">殿</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">公安委員会 <input type="checkbox"/></p>	
<p style="margin: 0;">銃砲刀剣類所持等取締法第12条の3の規定により、下記のとおり指定する医師の診断を受けるべきこと及び当該診断の結果の報告を求めます。</p>	
<p style="text-align: center; margin: 0;">受診を命ずる理由</p>	
<p style="text-align: center; margin: 0;">受診する指定医 の氏名、勤務する 病院名及び病院の 所 在 地</p>	
<p style="text-align: center; margin: 0;">報 告 の 期 限</p>	<p style="margin: 0;">年    月    日 午<sup>前</sup>後    時まで</p>
<p style="text-align: center; margin: 0;">備            考</p>	

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。

受 診 等 命 令 書	
平成21年 6 月 1 日	
住 所	
殿	
公安委員会 <input type="checkbox"/>	
銃砲刀剣類所持等取締法第12条の3の規定により、下記のとおり指定する医師の診断を受けるべきこと及び当該診断の結果の報告を求めます。	
受診を命ずる理由	銃砲刀剣類所持等取締法第5条第1項第4号に掲げるアルコール中毒者に該当する疑いがあるため。
受診する指定医の氏名、勤務する病院名及び病院の所在地	次に掲げる指定医のいずれかの診断を受けること。 1 警察 太郎 メンタルクリニック 千代田区霞が関二丁目1番2号      ビル2階 2 警察 次郎 メンタルクリニック 千代田区霞が関二丁目1番2号      ビル5階
報 告 の 期 限	平成21年 6 月30日 午 前 後 時 まで
備 考	

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

【記載上の注意】

- 1 受診する指定医は、受診を命ずる理由欄に記載の病気等の診断に係る医師として都道府県公安委員会告示により公示した医師をすべて記載すること。
- 2 報告の期限は、指定医や報告を行う者の予定を聴取した上で、合理的に設定すること。なお、時刻を限って期限を付する必要がある場合を除き、時刻まで示す必要はない。