様式第２１号(第７条関係)

|  |
| --- |
| 検診命令書第　　　　　号年　　月　　日検診を受ける者の居住地及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日南町福祉事務所長　　　　　　次のとおり検診を受けることを命ずる。 |
| 　1　検診を受ける日時　　　　月　　日 | 午前午後 | 　　時 |
|  2　検診を受ける医療機関 |
| 　　　　　所在地　　　名　称 | 　 |
| 　　　担当医師名　3　検診を受ける理由　注　1　検診を受けるときは、この書類を持参してください。　　　2　この検診命令は、生活保護法第28条第1項の規定に基づくものです。　　　3　この検診を受けないと、生活保護法第28条第4項の規定により、あなたの保護申請が却下され､又はあなたに対する保護が変更、停止、若しくは廃止される場合があります。　　　4　この検診命令について疑問がある場合には、福祉事務所に相談してください。 |