

(参与員・新規)

# 同意書

厚生労働大臣 殿

私は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)に基づく精神保健参与員候補者としての要件を満たしており、同法第15条第2項の規定に基づく名簿(令和5年に厚生労働大臣が各地方裁判所に送付するもの)に登載されることにつき、同意します。

令和 年 月 日

フリガナ  
氏名

※裁判記録に使用される氏名です。戸籍や住民票に登録されている氏名を楷書で御記入ください。

★旧姓の使用を希望される方は、下に記入をお願いいたします。  
希望されない方は、記入不要です。

フリガナ  
旧姓

## ◆名簿登載必要事項

以下の項目について、全て御記入ください。

生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
連絡先住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他( )
	〒 -
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> その他( )
	- -
精神保健福祉士登録年月日	平成 年 月 日
勤務先名	
業務希望地方裁判所	都・道・府・県

## 1. 相談援助の業務

(1) **精神保健福祉士に登録**されてから**令和5年3月31日**まで、**相談援助の業務**(※)に従事していた期間(年数)について、下の太枠内に御記入ください。

満	年
---	---

(※)「**相談援助の業務**」とは、精神保健福祉士法第2条に規定されている通り、「精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと」を言います。

★ 上記(1)の太枠内の期間が**5年未満の方のみ**、以下の(2)についても御回答ください。

(2) 精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)施行日の前日(平成10年3月31日)以前に、相談援助の業務に従事していた期間(年数)について御記入ください。

満	年
---	---

## 2. 厚生労働科学研究班のアンケート調査への御協力

厚生労働科学研究班から、医療観察法に関するアンケート調査の依頼があった場合に、御協力いただけるかどうか、太枠内に○又はレ印をつけてください。(「1. 協力する」に印をつけていただいた場合、厚生労働科学研究班から要請があった際に、名簿に登載される事項を同研究班へ提供いたします。)

1. 協力する

2. 協力しない

### 添付書類

- ◆ 本同意書と併せて、「**住民票**」又は「**戸籍抄本**」等を**1部御提出**いただきますようお願いいたします。  
(写しの提出でも可)
- ◆ 「**精神保健福祉士の登録証**」の写しを**1部御提出**ください。

### 以下、連絡事項

- ◆ 厚生労働省が、裁判所へ精神保健参与員候補者名簿を送付した後、選任手続きや欠格事由等の確認のため、裁判所から名簿登載者へ、**問い合わせや書類(戸籍抄本、住民票等)の提出**を求められることがあります。
- ◆ この同意書を提出された日以降から、来年の6月までに、以下の項目について変更が生じた場合は速やかに管轄の**地方厚生局及び地方裁判所**へ御連絡ください。(次年の名簿作成の際又は、精神保健審判員依頼の際に連絡が取れないため。
  - ・氏名
  - ・連絡先住所
  - ・連絡先電話番号
  - ・勤務先名