

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)に基づく精神保健判定医としての要件を満たしており、同法第6条第2項の規定に基づく名簿(令和6年に厚生労働大臣が最高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

※裁判所の審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

1. 精神保健指定医

現在お持ちの「精神保健指定医の証」に関する、登録番号と有効期限について太枠内に記入してください。

登録番号	第	号
有効期限	令和	年 月 日

2. 実績

下記の1~3の項目について、該当する項目の太枠内に○又はレ印をつけて下さい。

1. 措置入院等に係る診察

令和4年4月1日～令和6年3月31日までに少なくとも1回以上、精神保健福祉法第27条第1項・第2項、第29条の2第1項、又は第29条の4第2項に基づく診察を行ったことがある。

2. 医療観察法に係る審判

令和4年1月1日～令和5年12月31日までに少なくとも1回以上、医療観察法の規定に基づき、裁判所から精神保健審判員として任命され、裁判をしたことがある。

3. 医療観察法に係る鑑定

令和4年1月1日～令和5年12月31日までに少なくとも1回以上、医療観察法の規定に基づき、裁判所に鑑定医として鑑定を行った結果を報告したことがある。

3. 登載事項の変更

前年の名簿からの変更の有無について、太枠内に○又はレ印をつけてください。(地方裁判所や厚生局へ変更を申し出たもの含みます。)

1. 無

2. 有 → 「2. 有」の場合、下の表の該当する項目に○又は☑をつけて変更後の内容を御記入ください。
御記入いただいた内容は、今年提出する名簿に反映されます。

□氏名 ※要添付書類	□氏 □名
	(旧) (新)
□連絡先住所	□自宅 □勤務先 □その他()
	〒 —
□連絡先電話番号	□勤務先 □自宅 □本人携帯 □その他()
	— —
□勤務先名	
□地方裁判所	(変更前) (変更後) 都・道・府・県 都・道・府・県

※**要添付書類**: 氏名を変更された場合は、本同意書と併せて、**戸籍抄本**又は**住民票**等を御提出ください。

登載事項について御不明な点が有りましたら、お手数ですが管轄の地方厚生局医事課までお問合せいただきますようお願いいたします。

以下、連絡事項

- ◆ 厚生労働省が、裁判所へ精神保健判定医名簿を送付した後、裁判所から、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、鑑定医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