

27川健精福第738号  
平成27年12月25日

神奈川県精神保健福祉士協会 会長 様

川崎市健康福祉局長

川崎市精神医療審査会委員の推薦について（依頼）

時下ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

日ごろから、本市の精神保健福祉行政に対し、御指導、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市におきましては、精神障害者の適正な医療及び保護を確保するため、川崎市精神医療審査会運営要綱に基づき、医療保護入院者の入院届、措置入院者・医療保護入院者の定期病状報告書、退院等の請求の審査を行うために「川崎市精神医療審査会」を設置しておりますが、現在の委員の任期（2年間）が平成28年3月31日をもちまして満了致します。

つきましては、引き続き貴会の御協力を賜りたく、川崎市精神医療審査会委員の推薦をお願い申し上げます。

なお、本市の「男女平等かわさき条例」に基づく「川崎市男女平等推進行動計画かわさき☆かがやきプラン」、「川崎市審議会等委員への女性の参加促進要綱」により、目標値達成のため審議会等の女性委員構成比率が35%になるよう求められておりますので、女性委員の推薦に御配慮をお願い致します。

- 1 推薦依頼委員数・・・1名、予備委員1名
- 2 任期・・・・・・・・・・2年間（平成28年4月1日から平成30年3月31日まで）
- 3 開催回数・・・・・・・・月1回（所属する合議体により、原則第2金曜日又は第4金曜日の午後）  
及び退院等の請求に関する意見聴取は随時

大変お手数ですが、3月7日（月）までに推薦いただきますようお願い致します。  
第1回の審査会は、委嘱式を兼ねて平成28年4月8日（金）に開催する予定です。

（障害保健福祉部精神保健福祉センター 清水担当）  
〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地  
電 話：044-200-3195  
FAX：044-200-3974

# 川崎市精神医療審査会委員推薦書

推薦団体名

---

川崎市精神医療審査会の委員として以下の者を推薦いたします。

推薦委員氏名

---

ふりがな

---

生年月日 明・大・昭 年 月 日

---

委員の団体での役職名

---

委員自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

---

---

自宅電話番号 ( \_\_\_\_\_ )

---

団体連絡先

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

※お返事はFAXでも結構です。

FAX:044-200-3974