（別紙４－１）

依　頼　書

平成　　　年　　　月　　　日

　（相談機関・医療機関等関係機関の長）　様

相談等をしたいので、網走保健所へのご連絡をお願いします。

本人住所

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号

家族住所

家族氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先電話番号