別記様式第４号の２

移送に際してのお知らせ

　　　　　　　　　　　文　書　番　号

○○年○月○日

　　　　　　　　様

　１　あなたをこれから、【 ① 措置入院　② 緊急措置入院】が必要であるかどうかを判定するために　　　　　　　　　　　　　　　に移送します。

　２　あなたの移送は、　　　　で行います。

　３　あなたの移送中、医療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。

　４　この移送に不服のあるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して、３か月以内に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

 ５ この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に限り、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は島根県知事となります。）提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　島 根 県 知 事　　氏　　　名

 　　　 （　　　　保 健 所 ）