

様式 2

任 意 入 院 同 意 書

平成 年 月 日

○ ○ 病院長 様

入院者本人 氏 名

生年月日

住 所

私は、「入院に際してのお知らせ」（入院時告知事項）を了承のうえ、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 21 条第 1 項の規定により、貴院に入院することに同意いたします。