様式２

任　意　入　院　同　意　書

平成　　年　　月　　日

○　○　病院長　殿

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。