

Form 2 (様式 2)

Consent to Voluntary Hospitalization

任意入院同意書

Date: _____

To Director of Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

都立松沢病院長 殿

ID _____

Patient

入院者本人

Name: _____
氏 名

Date of birth: _____
生 年 月 日

Address: _____
住 所

I have read the Notice regarding Hospitalization (including the matters I was informed of at the time of hospitalization) and agree that I will be admitted to the hospital under Article 21 Section 1 of Law related to Mental Health and Welfare of Persons with Mental Disorders.

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。