

자 의 입 원 동 의 서

任 意 入 院 同 意 書

도립 마츠자와병원 병원장 귀하

都立松沢病院長 殿

입원자 본인 성 명 : _____

入院者本人 氏 名

생년월일 : _____

生 年 月 日

주 소 : _____

住 所

본인은 '입원에 관한 안내'(입원 시 고지사항)를 승낙하고, 정신보건 및 정신 장애인 복지에 관한 법률 제 21 조 제 1 항의 규정에 의해 귀 병원에 입원을 동의합니다.

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。