

様式2

## 任意入院同意書

令和 年 月 日

神奈川県立精神医療センター所長 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。