

様式第 2 号（第 3 条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

証 明 書

下記の者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第20条又は第33条第 1 項に基づく同意入院患者であることを証明する。

記

障 害 者 住 所			
障 害 者 氏 名			
病 名			
入 院 年 月 日	年 月 日	入院見込期間	年 月
家 族 等 住 所			
家 族 等 氏 名			

年 月 日

医療機関
所在地
名 称
氏 名

印