

様式 3

医療保護入院に関する市町村長同意書

年 月 日

病院管理者 様

神戸市長

下記の者を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 2 項の規定により貴病院に入院させることに同意する。

記

居住地（又は現在地）

氏名

生年月日