

様式第2号(第6条関係)

入 院 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、第33条又は第33条の7による入院患者であることを証明する。

記

障 害 者	住 所	湖西市
	氏 名	
病	名	
入 院 年 月 日		

年 月 日

医療機関 所在地  
名 称  
代表者名

