

# 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  
入院患者であることを証明する。

記

対 象 者	氏 名			
	住 所			
病	名			
入 院 年 月 日	年 月 日	今後入院 見込期間	年 月	

年 月 日

所在地

医療機関 名 称

㊦

氏 名