

様式 6

医療保護入院期間の更新に関する市町村長同意書

年 月 日

病院管理者 殿

市町村長

下記の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 33 条第 6 項の規定により入院期間の更新することに同意する。

記

居 住 地（又は現在地）

氏 名

生年月日