样式1

**自　愿　住　院　同　意　书**

　　　　年　　月　　日

○○院长 先生/女士

住院患者本人　姓　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 出生日期

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地　　址

我已了解“自愿住院时的须知事项”（住院时的告知事项），并同意依照《有关精神保健及精神障碍者福利法律》第 21 条第１款之规定于贵院实施住院治疗。