**양식 １**

**임 의 입 원 동 의 서**

　　　　년　　월　　일

〇　〇　병원장 귀하

입원자 본인 성 명

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　생년월일

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　주 소

　본인은 「임의 입원에 대한 안내」(입원 시 고지 사항)을 양해하고, 정신보건 및 정신장애인 복지에 관한 법률 제21조 제1항의 규정에 따라 귀원에 입원하는 것에 동의합니다.