

NOTICE OF CANCELLATION

(Mental Health Act, R.S.N.B. 1973,
c.M-10, s.39)

I, _____ of _____ ,
(Name of
Attending Psychiatrist) (Address)
am the attending psychiatrist of _____ ,
(Name of Patient)
a patient admitted to _____ .
(Name of Psychiatric Facility)

I have examined the patient and have found the patient to be mentally competent.

I hereby cancel the certificate of incompetence which was issued with respect to the patient by _____ on the _____
(Name of Psychiatrist Who Signed Certificate)
day of _____ , 19 _____ .

Dated this ___ day of _____, 19__.

Signature of Attending Psychiatrist

AVIS D'ANNULATION

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, art.39)

Je soussigné(e) _____ de _____ ,
(nom du
psychiatre traitant) (adresse)
psychiatre traitant de _____ ,
(nom du malade)
malade admis à _____ ,
(nom de l'établissement psychiatrique)

ai examiné le malade et je l'ai trouvé capable mentalement.

J'annule par conséquent le certificat d'incapacité qui a été délivré à l'égard du malade par _____
(nom du psychiatre qui a signé le certificat)
le _____ 19 _____ .

Fait le _____ 19__.

Signature du psychiatre traitant