

同 意 書

		認定番号	
被災 職員	住 所		
	氏 名	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
傷 病 名			
発病又は負傷の 年 月 日	平成 年 月 日	療養開始 年 月 日	平成 年 月 日
同意した理由			
施術の種類別	マッサージ はり きゅう 温罨法		
施術の部位	(左・右) (上肢・下肢) 軀幹 その他 ()		
施術を必要と認めた 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
施術を必要と認め た期間内に施術を 受ける必要回数			
施 術 院	所 在 地		
	施 術 院 名		
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地</p> <p style="text-align: right;">医療期間の 名 称</p> <p style="text-align: right;">担 当 医</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>			

[注意事項]

この同意書は3月を限度としますので3月を超えてマッサージ等を行う場合は再提出してください。