

同 意 書

		認定番号	
被災職員	住 所		
	氏 名		生年月日 年 月 日
傷 病 名			
発病又は負傷の 年 月 日		年 月 日	療養開始 年 月 日
同意した理由			
施 術 の 種 類		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		年 月 日 から 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p>医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">担当医 印</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。