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 | 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）　 躯幹　 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 |  |
| 　　上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　　　年　　　月　　　　日　　　　　　　　所在地医療機関の　名　称　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

[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。