|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同　　　　意　　　　書 | | | | 認定番号 | | | ～ |
| 被  災  職  員 | 氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　 月　　 日 | |
| 住所 |  | | | | | |
| 所属部局名 |  | | | | | |
| 医  師  の  証  明 | 負傷又は発病の  年月日 | 平成　　 年　　 月　　 日 | 療養の  開始年月日 | | | 平成　　 年　　 月　　 日 | |
| 傷病名 |  | | | | | |
| 同意した理由 |  | | | | | |
| 施術の種類 | マッサージ、はり、きゅう、その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施術の部位 | 左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、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 | | | | | |
| 上記の期間内  の施術を必要と  する回数 | １か月　　　　回程度を必要とする。 | | | | | |
| 施術者の  氏名・住所 |  | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　　医療機関の　 　名称  　　　　　　　　　　　　　　 担当医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |

注　１　「施術を必要と認めた期間」は、３か月を限度とし、３か月以上にわたり施術を必要と認めたときは、３か月又は端数ごとに改めて同意書を交付してください。

都支部様式第４４号

　　２　上記１の期間内における施術の回数は、それぞれの必要回数を記入してください。