

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				
明	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関の { 所 在 地 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。
- 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。