


記載例 17

都支部様式第 44 号

同意書		認定番号	〇〇〇〇 ~ 〇〇〇〇		
被災職員	氏名	新宿太郎		生年月日	昭和42年 2月 1日
	住所	東京都〇〇市〇〇町1-2			
	所属部局名	東京都〇〇局〇〇部			
医師	負傷又は発病の年月日	平成 29年 7月 5日	療養の開始年月日	平成 29年 7月 5日	
	傷病名	右下腿骨骨折			
	同意した理由	右下肢に拘縮が認められるため、マッサージを必要とする。			
	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、 <u>右下肢</u> 、軀幹、その他（ ）			
	施術を必要と認めた期間	平成 29年 9月 1日から平成 29年 9月 30日まで			
	上記の期間内の施術を必要とする回数	1か月 5回程度を必要とする。			
証明	施術者の氏名・住所	千代田区永田町〇-〇 永田整骨院 永田正一			
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成 29年 〇月 〇日</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">所在地</div> <div>千代田区永田町〇-〇</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">名称</div> <div>関東整形外科病院</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">担当医師</div> <div>関東次郎</div> <div style="margin-left: 20px; text-align: right;">  </div> </div>				

[注意事項]

- 「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。
- 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。