

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	年 月 日	療 養 の 開始年月日	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	年 月 日から 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。 年 月 日 <div style="margin-left: 100px;"> 医療機関の { <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> 所在地 名 称 担当医師 </div> </div>			

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。

