

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 45 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			
医師の証明	負傷又は発病の年月日	令和 5 年 7 月 5 日	療養の開始年月日	令和 5 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	令和 5 年 9 月 1 日から 令和 5 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。			
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				
明	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 5 年 〇 月 〇 日				
	医療機関の	所在地	千代田区永田町〇-〇		
		名 称	関東整形外科病院		
		担当医師	関東 次郎		
			(自署又は押印)		

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。