都支部様式第 44 号

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			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年　　月　　日 医療機関の　所在地 　　名　　称 　　担当医師 （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。