|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　 所在地　　　　　　　　医療機関の　 　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。

都支部様式第44号

　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。