同　　意　　書

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 被災職員氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 傷病名 |  | | | | |
| 施術の種類 | マッサージ・はり・灸・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 施術の部位 | 左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・体幹・その他（　　　　　　） | | | | |
| 施術の期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | |
| 施術必要回数 | 上記の期間のうち1カ月　　　　　回程度を必要とする | | | | |
| 施術者の  住 所 ・ 氏 名 |  | | | | |
| 同意した理由 |  | | | | |
| 頭書の患者に関し、上記のとおり施術を受けることに同意します。  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | |