

同意書

被災職員	氏名		認定番号	
	住所		生年月日	
	所属部局名			
負傷又は発病 年 月 日				
傷病名				
同意した理由				
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	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで			
施術者の名称 ・所在地				
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。				
令和 年 月 日				
医療機関の所在地				
名称				
医師名				

(注) 太枠内は医療機関が記載してください。