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。