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。