

# はきゅうり マッサージ 同意書

認 定 番 号	
---------	--

被災職員	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名				
発病又は負傷の 年 月 日		令和 年 月 日	療 養 開 始 年 月 日	令和 年 月 日
同 意 し た 理 由				
施 術 の 種 別		マッサージ はり きゅう その他（ ）		
施 術 の 部 位		（ 左・右 ） （ 上肢・下肢 ） 軀幹 その他（ ）		
施 術 を 必 要 と 認 め た 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
施 術 を 必 要 と 認 め た 期 間 内 に 施 術 を 受 け る 必 要 回 数				
施術所	所 在 地			
	施 術 所 名			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> <p style="margin: 0;">所 在 地</p> <p style="margin: 0;">名 称</p> <p style="margin: 0;">担 当 医 師</p> </div> </div>				

〔注意事項〕 この同意書は3か月を限度としますので、3か月を超えてマッサージ等を行う場合は再提出してください。