

施 術 同 意 書

認定番号

405-01002

被災職員	氏名	高島 四郎	生年月日	昭和58年 8月 9日
	住所	〇〇町大字〇〇101-23		
	所属部局名	〇〇町総務課〇〇係		
医師	負傷又は発病の年月日	令和 5年 10月 22日	療養の開始年月日	令和 5年 10月 23日
	傷病名	左肩脱臼		
	施術の種類	マッサージ ・はり・きゅう・その他（ ）		
	施術の部位	左上肢 ・右上肢・左下肢・右下肢・軀幹、その他（ ）		
	同意した理由	上記傷病により、療養のため医療上のマッサージが必要と認め、マッサージの施術に同意する。		
	施術を必要と認めた期間	令和 5年 10月 23日 から 令和 6年 1月 23日 まで		
の	上記期間内の施術を必要とする回数	1ヶ月 2 回程度		
	施術者の氏名・住所等	〇〇整骨院 〇〇町大字〇〇22-3		
証 明	上記のとおり証明します。			
	令和 5年 10月 22日			
		所在地	〇〇市〇〇町44-5	
	医療機関	名称	〇〇市立〇〇病院	
	担当医師	長井 六郎		