地基山形様式第１３号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　術　同　意　書 | | | | 認定番号 | | － |
| 被  災  職  員 | 氏　　　名 |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 住　　　所 |  | | | | |
| 所属部局名 |  | | | | |
| 医  師  の  証  明 | 負傷又は発病の  年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 療養の開始  年　月　日 | | 年　　月　　日 | |
| 傷　　病　　名 |  | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 施術を必要と  認めた期間 | 年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　日まで | | | | |
| 上記期間内の  施術を必要と  する回数 | １ヶ月　　　回程度 | | | | |
| 施 術 者 の  氏名・住所等 |  | | | | |
| 上記のとおり証明します。  　　　　　年　　　月　　　日  所 在 地  　　　　　　　　　医療機関　 名　　称  担当医師 | | | | | |
|