施術に関する確認書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 認定番号 | |  |
| 被災  職員 | | 住　所 |  | | | | |
| 氏　名 | （生年月日　　　　　年　　月　　日） | | | | |
| 被災年月日 | | | 年　　月　　日 | 療養を開始した日 | | 年　　月　　日 | |
| 傷病名 | | |  | | | | |
|  | 施術の種類 | | □マッサージ　□はり　□きゅう　□柔道整復　□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（　　　　） | | | | |
| 必要と認めた期間及び回数 | | 年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | | |
| 上記の期間において、１か月当たり　　　　　回程度の施術を必要とする。 | | | | |
| （所在地  及び名称） | |  | | | | |
| 同意した理由 | | |  | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　〔医療機関〕　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　医師名 | | | | | | | |

〔注意事項〕

　　「必要と認めた期間」は３か月を限度とし、それ以上の必要が生じたときは、改めて確認書を交付してください。