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。