

マッサージ・はり・きゅう等施術同意書

所属団体部局			認定番号	—
氏 名				
傷 病 名				
傷 病 の 状 況				
必要な施術 (マッサージ・ はり・きゅう 等)				
当該施術を必要とする具体的理由及び期間				
施 術 所	所 在 地 名 称			
備 考				
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の { 所 在 地 名 称 医師の氏名				