

同意書

患者の氏名		生年月日	
傷病名		発病年月日	
同意の期間	開始年月日	令和	年 月 日
	終了年月日	令和	年 月 日
疾病に必要とする施術	1. はり又はきゅう 2. 柔道整復		
上記のとおり柔道整復師、はり師、きゅう師の施術に同意する。			
令和 年 月 日			
医療機関	所在地 _____		
	名称 _____		
	医師名 _____		印