

再 同 意 依 頼 状

先生御机下

下記の患者様は、平成 年 月 日、先生より同意書を発行して頂き健康保険でのマッサージの施術を行ってまいりました。引き続きマッサージの施術を希望されておりますので、再度、期間を延長してご同意頂けますようお願い致します。

患者氏名	様	
患者生年月日	大・昭・平 年 月 日生	
治療経過など		
前回発行して頂いた内容	前回の同意書の写しを添付した場合は、下記の内容の記載は省略させて頂いております。	
	発行日	平成 年 月 日
	傷病名	
	発病年月日	昭・平 年 月 日
	症 状	1. 筋麻痺 2. 関節拘縮 3. その他 ()
	施術部位	1. 軀幹 ^{くかん} 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右下肢 5. 左下肢

平成 年 月 日

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合所属 住 所
あんまマッサージ指圧師 施術所名
氏 名

印



厚生労働省北海道厚生局長認可

北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合 電話(011)666-3730