

# 同意書 (はり及びきゅう療養費用)

患者	住所			
	氏名			
	生年 月日	<small>明大昭平</small> <small>治正和成</small>	年	月

病名	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
----	--

発病年月日	昭・平          年          月          日
-------	--------------------------------------

上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。

平成          年          月          日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名

