

柔道整復師施術同意書

住 所

氏名及び生年月日 年 月 日生

受 傷 年 月 日 年 月 日

傷 病 名

施術に同意する期間 年 月 日から 年 月 日まで

年 月 日

医療機関の所在地

名 称

医師の氏名

⑩