

鍼灸院通院指示書

全日本教職員組合共済会 御中

住所	〒	—	都道 府県	市区 郡			
共済会番号		職場番号		加入者	個人番号		
共済会名		職場名		フリガナ 氏名		(印)	
受傷者 氏名	フリガナ			加入者との関係		年齢	
				本人・配偶者 子ども・その他			

※上記の全ての項目（加入者氏名、共済会名、職場名等）は加入者が先に記入してください。

上記の者が _____ 年 _____ 月 _____ 日に発生した

傷害事故による

(傷病名) _____ に対して

_____ 年 _____ 月 _____ 日から

鍼灸療法を受けることを指示します。

証明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院住所

病院名

医師名

(印)