

(表)

指 定 番 号

国民健康保険はり、きゅう施術担当者指定申請書					
施術者	氏 名	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	住 所	市 丁目 番 号 電話 ( — )		町 番地	
		種 類	交付都道府県	番 号	交 付 年 月 日
免 許 証	はり師		第 号	年 月 日	
	きゅう師		第 号	年 月 日	
施術所	所 在 地	鹿児島市 丁目 番 号 電話 ( — )		町 番地	
	名 称				
	開 設 年 月 日	年 月 日	開設届出 年 月 日	年 月 日	
	設 備	待合室	m <sup>2</sup>	施術室	m <sup>2</sup>
加入している鍼灸師会					
鹿児島市保険鍼灸師会了承印					
<p>私は下記の事項を承認の上、鹿児島市国民健康保険はり、きゅう施術担当者の指定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>鹿児島市長 殿</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律及び鹿児島市国民健康保険はり、きゅう施設利用規則を遵守すること。</p> <p>2 鹿児島市国民健康保険はり、きゅう施術に関する協定を遵守すること。</p>					

裏面に施術所見取図

(裏)

調査年月日	年 月 日
調査担当者	
調査状況	書面により確認
施術所見取図	
施術所付近見取図	