様式第１号

**開設者以外の柔道整復師が担当した施術に係る受任者払の指名施術所申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受  任者 | （ふりがな）  柔道整復師 |  | | | | | | 性別 | | 男  女 | | |
| 生年月日 | 大・昭・平　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | |
| 免許番号 | №　　　　　　　　　　(取得)大・昭・平・令　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 施  術  所 | 施術所における地位(注１) | １ 開設者 → 指定・指名番号(注２) |  |  |  |  |  | |  | |  |  |
| ２ 開設者以外 → 添付書類：「受任者選任届」（様式第１号－３） | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒　　　－  　　　　　　　　　電話番号： | | | | | | | | | | |
| 過去の指名施術所の取消しの有無（注３）　　〔　有　・　無　〕 | | | | | | | | | | | |

注　１　「施術所における地位」欄は、受任者が開設者であるか否か、該当する番号を〇で囲むこと。

　　２　「指定・指名番号」欄は、受任者が「１ 開設者」に該当する場合であって、既に昭和３４年８月５日付け基発第５４５号「柔道整復師に対する療養補償費の受任者払の取扱いについて」等に基づき指名を受けている場合は、その番号を記載すること。

　　３　施術所が過去に指名施術所としての取消しを受けている場合は、原則として当該取消し後５年を経過していること。

上記の施術所について「開設者以外の柔道整復師が担当した施術に係る療養（補償）等給付たる療養の費用の受任者払の取扱規程」の諸事項を遵守することを確約し、施術所の指名を申請します。

　令和　　年　　月　　日

郵便番号　　　　　　　　　　電話番号

（受任者）　（〒　　　　　　　　） （　　　　　　　　　　　　）

柔道整復師の住所

氏名

島 根 労 働 局 長 　殿