様式第１号－２

柔道整復施術費用の受任者払に係る同意書

〔施術所の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　〕

　上記施術所において柔道整復業務に従事する柔道整復師として「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」（以下「取扱規程」という。）の「５実施上の注意点」に定める事項を遵守し、柔道整復師　　　　　　　　　が取扱規程の定める「３受任者」となることについて同意します。

島 根 労 働 局 長　 殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 柔道整復業務に従事する柔道整復師 | | | |
| １ | （ふりがな）  氏 名 | | 大・昭・平　　　年　　月　　日　生 |
| 免許番号　№ |
| 免許取得　昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 住 所 | 〒 | |
| ２ | （ふりがな）  氏 名 | | 大・昭・平　　　年　　月　　日　生 |
| 免許番号　№ |
| 免許取得　昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 住 所 | 〒 | |
| ３ | （ふりがな）  氏 名 | | 大・昭・平　　　年　　月　　日　生 |
| 免許番号　№ |
| 免許取得　昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 住 所 | 〒 | |
| ４ | （ふりがな）  氏 名 | | 大・昭・平　　　年　　月　　日　生 |
| 免許番号　№ |
| 免許取得　昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 住 所 | 〒 | |
| ５ | （ふりがな）  氏 名 | | 大・昭・平　　　年　　月　　日　生 |
| 免許番号　№ |
| 免許取得　昭・平・令　　年　　月　　日 |
| 住 所 | 〒 | |