様式第１号－４

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師として労災保険柔道整復師料金算定基準その他関係法令等を遵守し、柔道整復師＿＿＿＿＿＿＿＿が受任者となることについて同意します。

〔　　〕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)	明・大・昭・平・令　年　月　日生 免許番号： 免許取得：大・昭・平・令　年　月　日
	住所 (〒　－　)	
2	(ふりがな) (氏 名)	明・大・昭・平・令　年　月　日生 免許番号： 免許取得：大・昭・平・令　年　月　日
	住所 (〒　－　)	
3	(ふりがな) (氏 名)	明・大・昭・平・令　年　月　日生 免許番号： 免許取得：大・昭・平・令　年　月　日
	住所 (〒　－　)	
4	(ふりがな) (氏 名)	明・大・昭・平・令　年　月　日生 免許番号： 免許取得：大・昭・平・令　年　月　日
	住所 (〒　－　)	
5	(ふりがな) (氏 名)	明・大・昭・平・令　年　月　日生 免許番号： 免許取得：大・昭・平・令　年　月　日
	住所 (〒　－　)	
6	(ふりがな) (氏 名)	明・大・昭・平・令　年　月　日生 免許番号： 免許取得：大・昭・平・令　年　月　日
	住所 (〒　－　)	