

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	昭・平・令 年 月 日生				
	免許番号	No. (取得) 昭・平・令 年 月 日				
	施術所における 地位 (※1)	1 開設者 → 指定・指名番号 (※2)	4	2	2	
	2 開設者以外 → 添付書類：「受任者選任届」(様式第 1 号-3)					
施 術 所	名 称					
	所在地	郵便番号	-			
		電話番号	- -			
	過去の指名施術所の取消しの有無 (※3) [ 有 ・ 無 ]					
添付書類： 「柔道整復師法第 19 条第 1 項の規定に基づく施術所の届出」(写) 「柔道整復施術費用の受任者払に係る同意書」(様式第 1 号-2)						

- ※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○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）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

長崎労働局長 殿