

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：] 指名番号：

4	2	2					
---	---	---	--	--	--	--	--

上記施術所において柔道整復師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)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。

長崎労働局長 殿

柔道整復業務に従事する柔道整復師			
1	(ふりがな)		昭・平・令 年 月 日生
	氏名		免許番号：
	住所		免許取得：昭・平・令 年 月 日
	(〒 -)		
2	(ふりがな)		昭・平・令 年 月 日生
	氏名		免許番号：
	住所		免許取得：昭・平・令 年 月 日
	(〒 -)		
3	(ふりがな)		昭・平・令 年 月 日生
	氏名		免許番号：
	住所		免許取得：昭・平・令 年 月 日
	(〒 -)		
4	(ふりがな)		昭・平・令 年 月 日生
	氏名		免許番号：
	住所		免許取得：昭・平・令 年 月 日
	(〒 -)		
5	(ふりがな)		昭・平・令 年 月 日生
	氏名		免許番号：
	住所		免許取得：昭・平・令 年 月 日
	(〒 -)		
6	(ふりがな)		昭・平・令 年 月 日生
	氏名		免許番号：
	住所		免許取得：昭・平・令 年 月 日
	(〒 -)		