

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）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 実務上の注意点」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。

大分労働局長 殿

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