

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： |
| | 住所 (〒 -) | | 免許取得：昭・平 年 月 日 |
| | | | |
| 2 | (ふりがな) | | 昭・平 年 月 日生 |
| | (氏名) | | 免許番号： |
| | 住所 (〒 -) | | 免許取得：昭・平 年 月 日 |
| | | | |
| 3 | (ふりがな) | | 昭・平 年 月 日生 |
| | (氏名) | | 免許番号： |
| | 住所 (〒 -) | | 免許取得：昭・平 年 月 日 |
| | | | |
| 4 | (ふりがな) | | 昭・平 年 月 日生 |
| | (氏名) | | 免許番号： |
| | 住所 (〒 -) | | 免許取得：昭・平 年 月 日 |
| | | | |
| 5 | (ふりがな) | | 昭・平 年 月 日生 |
| | (氏名) | | 免許番号： |
| | 住所 (〒 -) | | 免許取得：昭・平 年 月 日 |
| | | | |
| 6 | (ふりがな) | | 昭・平 年 月 日生 |
| | (氏名) | | 免許番号： |
| | 住所 (〒 -) | | 免許取得：昭・平 年 月 日 |
| | | | |

注：柔道整復師の氏名欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。