

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：

1	1	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。

埼玉労働局長 殿

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

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