

様式第1号

柔道整復師の施術に係る療養（補償）給付たる療養の費用の受任者払に取扱いに関する申出書

氏 名 等		明・大・昭 年 月 日生		性 別	男・女
免許証番号		第 号	免許取得年月日	年 月 日	
施 術 所	名 称				
	所 在 地	〒 電話番号 — —			
	施 設	施 術 室 面 積	m ²		
		待 合 室 面 積	m ²		
消 毒 設 備 の 概 要					
遵 守 事 項		別紙「確約書」のとおり			
受任者払の取扱いをしようとする期間		2年間 ただし、期間満了1カ月前までに特段の意思表示をしない場合には、期間満了の日の翌日において更に2年間順次更新をしたものとする。			

上記のとおり、受任者払の取扱いについて次の書面を添付して申し出ます。

〔添付書類：確約書、施術所の平面図・施術所付近の見取図、
柔道整復師免許証（写）、指定・氏名機関登録（変更）報告書〕

平成 年 月 日

住 所
氏 名

㊞

埼玉労働局長 殿