様式第1号－２

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。

滋賀労働局長　 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 | |
| (氏名) |  | 免許番号： |  |
|  | 免許取得： | 昭･平・令 年 月 日 |
| 住所 | (〒　　　－　　　　) | | |
| ２ | (ふりがな) |  | 大・昭･平 年 月 日 | |
| (氏名) |  | 免許番号： |  |
|  | 免許取得： | 昭･平・令 年 月 日 |
| 住所 | (〒　　　－　　　　) | | |
| ３ | (ふりがな) |  | 大・昭･平 年 月 日 | |
| (氏名) |  | 免許番号： |  |
|  | 免許取得： | 昭･平・令 年 月 日 |
| 住所 | (〒　　　－　　　　) | | |
| ４ | (ふりがな) |  | 大・昭･平 年 月 日 | |
| (氏名) |  | 免許番号： |  |
|  | 免許取得： | 昭･平・令 年 月 日 |
| 住所 | (〒　　　－　　　　) | | |
| ５ | (ふりがな) |  | 大・昭･平 年 月 日 | |
| (氏名) |  | 免許番号： |  |
|  | 免許取得： | 昭･平・令 年 月 日 |
| 住所 | (〒　　　－　　　　) | | |
| ６ | (ふりがな) |  | 大・昭･平 年 月 日 | |
| (氏名) |  | 免許番号： |  |
|  | 免許取得： | 昭･平・令 年 月 日 |
| 住所 | (〒　　　－　　　　) | | |