

労災保険指名施術所指名申請書

受 任 者	(ふりがな) 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生		
	免 許 証 番 号	第 号	免許取得年月日	年 月 日
	施術所における 地 位	1 開 設 者		
2 開設者以外				
施 術 所	名 称			
	所 在 地	〒 電話番号 — —		
	開 設 者 氏 名 及 び 住 所	(ふりがな) 氏 名		
住 所		〒 電話番号 — —		

- ※1 受任者若しくは開設者が労災保険あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師施術料金算定基準に関する協定を締結している団体の会員ではない場合は、診鍼様式第14号「確約書」も併せて提出すること。
- ※2 「施術所における地位」欄は、受任者が開設者であるか否か、該当する番号を○で囲むこと。また「2 開設者以外」に該当する場合は、診鍼様式第15号「受任者選任届」も併せて提出すること。
- ※3 受任者以外に当該施術所で施術を行う施術者が複数名存在する場合は、診鍼様式第16号「施術費用の受任者払に係る同意書」も併せて提出すること。
- ※4 「開設者氏名及び住所」欄は、開設者が法人の場合は法人の名称及び住所を記入すること。

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：あん摩マッサージ指圧師免許証、はり師免許証又はきゅう師免許証（写）
施術所の開設届（写）

令和 年 月 日

郵便番号

電話番号

(—) (— —)

住所
氏名

労働局長 殿