

施術費用の受任者払に係る同意書

[ 施術所の名称 : ]

施術所に勤務する他の施術者として、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その他関係法令等を遵守し、施術者\_\_\_\_\_が受任者となることについて同意します。

[ \_\_\_\_\_ ] 労働局長 殿

| 施術所に勤務する他の施術者 |                |                     |
|---------------|----------------|---------------------|
| 1             | (ふりがな)<br>(氏名) | 明・大・昭・平・令 年 月 日生    |
|               |                | 免許番号:               |
|               |                | 免許取得: 大・昭・平・令 年 月 日 |
|               | 住所 (〒 - )      |                     |
| 2             | (ふりがな)<br>(氏名) | 明・大・昭・平・令 年 月 日生    |
|               |                | 免許番号:               |
|               |                | 免許取得: 大・昭・平・令 年 月 日 |
|               | 住所 (〒 - )      |                     |
| 3             | (ふりがな)<br>(氏名) | 明・大・昭・平・令 年 月 日生    |
|               |                | 免許番号:               |
|               |                | 免許取得: 大・昭・平・令 年 月 日 |
|               | 住所 (〒 - )      |                     |
| 4             | (ふりがな)<br>(氏名) | 明・大・昭・平・令 年 月 日生    |
|               |                | 免許番号:               |
|               |                | 免許取得: 大・昭・平・令 年 月 日 |
|               | 住所 (〒 - )      |                     |
| 5             | (ふりがな)<br>(氏名) | 明・大・昭・平・令 年 月 日生    |
|               |                | 免許番号:               |
|               |                | 免許取得: 大・昭・平・令 年 月 日 |
|               | 住所 (〒 - )      |                     |
| 6             | (ふりがな)<br>(氏名) | 明・大・昭・平・令 年 月 日生    |
|               |                | 免許番号:               |
|               |                | 免許取得: 大・昭・平・令 年 月 日 |
|               | 住所 (〒 - )      |                     |