

(様式第2号の2)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申し出 (同意書)

施術所において勤務する他の柔道整復師として、受領委任の取扱規程(平成22年5月24日保発0524第2号通知の別添2)の第3章に定める事項を遵守し、第2章11及び14並びに第8章の適用を受けることについて同意します。

施術所に勤務する他の柔道整復師	第2	ふりがな										
		氏名			印	明・大・昭・平	年	月	日生			
		免許番号						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止	有・無		中止年月日							
					当該地方厚生(支)局長等							
		勤務時間	午前 時 分～ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)									
			午後 時 分～ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)									
		ふりがな										
		第3	氏名			印	明・大・昭・平	年	月	日生		
			免許番号						(取得年月日)	大・昭・平	年	月
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止	有・無		中止年月日							
					当該地方厚生(支)局長等							
		勤務時間	午前 時 分～ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)									
			午後 時 分～ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)									
		ふりがな										
	第4	氏名			印	明・大・昭・平	年	月	日生			
		免許番号						(取得年月日)	大・昭・平	年	月	日
		申し出前5年間に おける受領委任 の取扱い中止	有・無		中止年月日							
					当該地方厚生(支)局長等							
		勤務時間	午前 時 分～ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)									
			午後 時 分～ 時 分 (月・火・水・木・金・土・日)									

(注) 施術所に勤務する他の柔道整復師は、署名押印をすること。

(この申し出は、関東信越厚生局都県事務所(埼玉県にあっては指導監査課)へ提出してください。)