

(様式第4号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	登録記号番号		
	氏名		
	施術所名	(電話番号： ())	
	開設者氏名	氏名	
区分	1	柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考5に基づく施術所の届出	定額料金の徴収を (行う・中止)
	2	変更内容	(変更年月日： 平成 年 月 日)
	その他	理由等	

上記のとおり申出事項の変更を申し出します。

平成 年 月 日

関東信越厚生局長

知事

殿

柔道整復師名

印

〒 - TEL. - -

住所

(この届け出は、地方厚生(支)局(地方厚生(支)局が所在しない都府県にあつては地方厚生(支)局都府県事務所)へ提出してください。)

(注) 当該柔道整復師(受領委任の施術管理者)が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、届出人の氏名及び住所並びに当該柔道整復師との関係を記入すること。

また、施術所において勤務する他の柔道整復師を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。

(開設者と施術管理者が違う場合は、提出して下さい。)

施術管理者選任証明

施術所の「施術管理者」として、下記の柔道整復師を選任したことを証明する。

記

施 術 所 名 称	
施 術 所 住 所	
施 術 管 理 者 氏 名	
施 術 管 理 者 住 所	

関 東 信 越 厚 生 局 長

殿

知 事

平成 年 月 日

〒 - Tel - -

開設者住所

開設者氏名

印