

(様式第2号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る届け出 (施術所の届け出)

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第 1	ふりがな			
		氏名	明・大・昭・平・令 年 月 日生		
		免許 番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 年 月 日		
施 術 所	ふりがな				
	名称	(電話番号: ( ) )			
	所在地	〒 -			
	ふりがな	〒 -			
	開設者氏名及 び住所	氏名	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日生	
届け出前5年間における受領委任 の取扱いの中止	有 ・ 無	中止年月日			
		当該地方厚生(支)局長等			
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・行わない )				
注1 施術所において勤務する他の柔道整復師について、様式第2号の2で届け出ること。 2 届け出に当たっては、施術所の届出及び勤務する柔道整復師等の確認できる書類の写し等を添付すること。 3 施術管理者が複数の施術所において受領委任の取扱いを行う場合は、備考欄に各施術所における勤務形態等を記入すること。 4 開設者氏名欄は、開設者と施術管理者が同一人の場合は「同上」と記入することとし、住所欄の記入は必要ないこと。					
(備考)  (柔道整復師(施術管理者)が府県柔道整復師会に入会した年月日を記入すること。)					

上記のとおり、届け出します。  
令和 年 月 日

近畿厚生局長

知事

殿 柔道整復師氏名

住 所

〒 - TEL. - -

(この届け出は、近畿厚生局府県事務所(大阪府にあっては指導監査課)へ提出してください。)