

(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申し出（施術所の申し出）

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)	第 1	ふりがな							
		氏名	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 大・昭・平・令 年 月 日 生			住所			
申し出前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)			

上記のとおり、柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いについて申し出します。

令和 年 月 日  
九州厚生局長

## 県知事

## 柔道整復師氏名

— — TEL — —

## 住 所

(この申し出は、九州厚生局県事務所(福岡県にあっては指導監査課)へ提出して下さい。)