

確 約 書

※ 1 \_\_\_\_\_ の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出るに当たり、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）を遵守することを確約します。

令和 年 月 日

九州厚生局長

殿

県知事

氏 名

住 所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)

施術所名 \_\_\_\_\_

〒 - TEL. - -  
住 所

※ 1 下線部には受領委任を希望する資格（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）を記載してください。

※ 2 この確約書は、各県事務所（福岡県にあっては指導監査課）へ提出してください。