

(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12及び15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	大・昭・平・令 年 月 日 生						
		免許番号	(取得年月日) 大・昭・平・令 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								
	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							
	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						
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									
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								
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							
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、署名をすること。

(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。)