

(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)
	第3	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)
	第4	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)	

(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。)