様式第１号

確　　　　約　　　　書

**（□はり・□きゅう・□あん摩マッサージ指圧※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

四　国　厚　生　支　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　受領委任の取扱いを行う施術全てに☑をつけて下さい。

※２　この確約書は、四国厚生支局各県事務所（香川県にあっては指導監査課）へ提出してください。