

保険適用外はり、きゅう、マッサージ施術料助成券取扱施術者登録申請書

(あて先) 宇都宮市長

申請者 住所 宇都宮市

氏名

次のとおり、保険適用外はり、きゅう、マッサージ施術料助成券取扱施術者として登録願いたく申請いたします。

ふりがな 施術所名		業務 の 種類	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> マッサージ		
ふりがな 開設者氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 歳)	
所在地	町 番地 丁目 番 号	開設 届日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
		電話 番号			
免 許 証	種類	1 は り	2 き ゅ う	3 マ ッ サ ー ジ	
	取 得 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	県名 番号	県 第 号	県 第 号	県 第 号	

□の中には該当するところにレ印をつけてください。

- 添付書類 1 免許証の写し (□別途確認)  
 2 施術所開設届の写し (□別途確認)

受理年月日 令和 年 月 日	調査及び 確認年月日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 却下
-------------------	---------------	---