

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。

1 業務の開始年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
2 業務の種類	<input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう		
3 免許の種類等	免許の種類	登録番号	登録年月日
	あん摩マッサージ指圧師	第 都・道・府・県号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	はり師	第 都・道・府・県号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
	きゅう師	第 都・道・府・県号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和

□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 出張業務開始届の写し (□別途確認)

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