

(表)

生活保護法
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び
特定配偶者の自立の支援に関する法律

指定 助産機関 ・ 施術機関 指定申請書

氏名	(フリガナ)
生年月日	年 月 日
住所	〒 ー (TEL)
開設している(勤務している) 助産所又は施術所の名称	(フリガナ)
開設している(勤務している) 助産所又は施術所の所在地	〒 ー (TEL)
業務の種類 ※	助産 ・ あん摩マッサージ指圧 ・ はり ・ きゅう ・ 柔道整復
指定希望年月日	年 月 日
生活保護法第55条第2項(指定 欠格事由)に該当しない旨の誓 約事項	<input type="checkbox"/> ※該当しない場合にチェックを付けてください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

高知市長 様

住所

申請者

氏名

※各免許証の写しを添付してください。

(裏)

注意事項

- 1 この書類は、高知市長宛に直接高知市福祉事務所(福祉管理課)まで提出してください。
- 2 免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関が指定された場合には、市告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 「氏名」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名を記載してください。
- 2 「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の生年月日を記載してください。
- 3 「住所」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の住所を記載してください。
- 4 「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。