

高知市国民健康保険はり・きゅう・マッサージ施術所指定申請書

年 月 日

高知市長 様

(申請者)

住 所 _____

施術所名 _____

施術所開設者氏名 _____

電話番号 _____

施 術 所	所 在 地			
	名 称			
	開設届出 年月日		開 設 年月日	
施 術 者	ふりがな			(生 年 月 日)
	氏 名			年 月 日
	免許証	は り 師	き ゅ う 師	あん摩マッサージ指圧師
第 号		第 号	第 号	

(注) 施術者が複数の場合は、裏面に記入してください。

添付書類

- 1 施術者全員のはり師免許証、きゅう師免許証又はあん摩マッサージ指圧師免許証の写し
- 2 施術所の届出をした事実が確認できる書類の写し

(裏)

施 術 者	ふりがな			(生 年 月 日)	
	氏 名			年 月 日	
	免許証	は り 師	き ゆ う 師	あん摩マッサージ指圧師	
		第 号	第 号	第 号	

施 術 者	ふりがな			(生 年 月 日)	
	氏 名			年 月 日	
	免許証	は り 師	き ゆ う 師	あん摩マッサージ指圧師	
		第 号	第 号	第 号	

施 術 者	ふりがな			(生 年 月 日)	
	氏 名			年 月 日	
	免許証	は り 師	き ゆ う 師	あん摩マッサージ指圧師	
		第 号	第 号	第 号	

施 術 者	ふりがな			(生 年 月 日)	
	氏 名			年 月 日	
	免許証	は り 師	き ゆ う 師	あん摩マッサージ指圧師	
		第 号	第 号	第 号	