

高知市国民健康保険はり・きゅう・マッサージ施術者指定申請書

年 月 日

高知市長 様

(申請者)

住 所 _____

施術者氏名 _____

電話番号 _____

施 術 者	住 所			
	施術院名			
	開設届出 年月日		開 設 年月日	
	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) 施術院名については、電話帳等にて周知している施術院名を記入してください。

添付書類

- 1 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 業務の開始の届出をした事実が確認できる書類の写し