様式第１号（第４条関係）

西原町後期高齢者医療保険はり・きゅう・あん摩マッサージ

指圧施術担当者指定変更申請書

　　　年　　　月　　　日

　　西　原　町　長　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住所

申請者　　氏名　　　　　　　　　　　 　　印

　　　 電話

施術担当者としての指定を変更したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施術者 | （氏名） | (生年月日)　 年　 　　月　　 日 |
| 　　　　　　　　　（　　　　　 ）都道府県はり師免許　　　　 第　　　 　号　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　　　　　　　　　（　　　　 　）都道府県きゅう師免許　　　　第　　　 　号　　　　　　年　　　月　　　日 |
| あん摩マッサージ　（　　　　　 ）都道府県指圧師免許　　　　　第　　　 　号　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 施術所 | (名　称) |
| (所在地)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| (開設年月日)　　　　　　　年　　　月　　　日　（施術の種類） |

（添付書類）１．施術所開設届出証明書の写し

　　　　　　２．損害賠償責任保険加入明細書・領収書の写し