様式第1(第5条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 　　(表) | 指　定　番　号 |
| 　 |
| 国民健康保険はり、きゆう施術担当者指定申請書 |
| 施術者 | 氏　　名 | ふりがな | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 　 |
| 住　　所 | 市　　　　　　丁目　　番　　号　　　電話　　　( 　 　―　　 　)　　　　　　　　　　町　　　番地 |
| 免許証 | 種類 | 交付都道府県 | 番 号 | 交　付　年　月　日 |
| はり師 | 　 | 第　　　　　号 | 年　　月　　日 |
| きゅう師 | 　 | 第　　 　　 号 | 年　　月　　日 |
| 施術所 | 所 在 地 | 鹿児島市　　　　　　丁目　　番　　号　　　電話　　　 (　　　―　　　)　　　　　　　　　　町　　　番地 |
| 名　　称 | 　 |
| 開設　　年　月　日 | 年　　月　　日　 | 開設届出年 月 日 | 年　　月　　日　 |
| 設　　備 | 待合室　　　　　　　　　m2　　　　　　　施術室　　　　　　　　　　m2 |
| 加入している鍼灸師会 | 　 |
| 鹿児島市保険鍼灸師会了承印 | 　 |
| 　私は下記の事項を承認の上、鹿児島市国民健康保険はり、きゆう施術担当者の指定を申請します。年　　　月　　　日　住所　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　鹿児島市長　　　　　殿記　1　あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律及び鹿児島市国民健康保険はり、きゆう施設利用規則を遵守すること。　2　鹿児島市国民健康保険はり、きゆう施術に関する協定を遵守すること。 |

裏面に施術所見取図

(裏)

|  |  |
| --- | --- |
| 調査年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 調査担当者 | 印　　　　　　　　 |
| 調査状況 | 書面により確認 |
| 施術所見取図 |
| 施術所付近見取図 |