様式第１号(第６条関係)

浦添市国民健康保険はり、きゅう、あん摩、マッサージ

及び指圧施術担当者指定申請書

年　　月　　日

浦添市長　　　　　殿

申請者　　住所

氏名

電話

施術担当者としての指定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施術者 | (氏名) | (生年月日)  年　　　月　　　日 | |
| はり師免許　　　　　　第　　　　　号　　　　年　　　月　　　日 | | |
| きゅう師免許　　　　　第　　　　　号　　　　年　　　月　　　日 | | |
| あん摩マッサージ　　　第　　　　　号　　　　年　　　月　　　日  指圧師免許 | | |
| 施術所 | (名称) | | |
| (所在地)浦添市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(電話) | | |
| (開設年月日)　　　　　年　　月　　日 | | (施術の種類) |

(添付書類)

はり師、きゅう師又はあん摩マッサージ指圧師免許証の写し

施術所開設届出証明書