

(様式第 1 号)

確 約 書

あん摩マッサージ指圧師，はり師，きゅう師の施術に係る福祉医療費の委任の取扱いを申し出るにあたり，「京都市福祉医療費支給制度の施術料委任払に関する要綱」を遵守することを確約します。

年 月 日

(宛先)

京 都 市 長

(管理者)

住所

氏名

※氏名には，施術団体等の名称も記載してください。