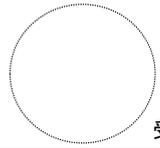


あん摩マッサージ指圧師、鍼師、きゅう師の名簿（同意書）



受付印

所属する施術師について、「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」の第3章に定める事項を遵守し、第7条及び第9条の適用を受けることについて以下の者が同意しました。

住所	〒 ー		
氏名	電話番号		
	生年月日	年	月 日
免許	番号	取得年月日	年 月 日
申出前5年間における 委任の取扱いの中止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	中止年月日	年 月 日
住所	〒 ー		
氏名	電話番号		
	生年月日	年	月 日
免許	番号	取得年月日	年 月 日
申出前5年間における 委任の取扱いの中止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	中止年月日	年 月 日
住所	〒 ー		
氏名	電話番号		
	生年月日	年	月 日
免許	番号	取得年月日	年 月 日
申出前5年間における 委任の取扱いの中止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	中止年月日	年 月 日
住所	〒 ー		
氏名	電話番号		
	生年月日	年	月 日
免許	番号	取得年月日	年 月 日
申出前5年間における 委任の取扱いの中止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	中止年月日	年 月 日

※ 必要事項及び該当する□にV印を記入してください。  
※ 氏名欄には、施術所の名称も記載してください。