

(様式第3号)

京都市福祉医療費支給制度におけるあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術料に係る医療費の委任の取扱いについて

様	年 月 日
	京 都 市 長 印

年 月 日付けで申出のあった標記の件について、これを承諾したので通知します。

管理者	住 所	
	氏 名	
登録年月日	年 月 日	
登録記号番号		