様式第２号（第６条関係）

松浦市国民健康保険はり、きゅう施術担当者指定申請書

年　　　月　　　日

　　松浦市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　㊞

　松浦市国民健康保険はり、きゅう施術担当者として、指定してくださるよう申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施　　　術　　　者 | 氏名 |  | | 年　　　月　　　日生 |
| 免　　許　　証 | 種　　類 | |  |
| は り 師 | |  |
| きゅう師 | |  |
| 施　　術　　所 | 所　在　地 | | 長崎県松浦市　　　　　　町 | |
| 名　　　称 | |  | |
| 開設年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |