

天草市国民健康保険あん摩、はり、きゅう等施術担当者辞退届

令和 年 月 日

天草市長 様

申請人 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 () _____

指定を受けました天草市国民健康保険のあん摩マッサージ指圧、はり、きゅうの施術担当者の指定につきまして、下記のとおり辞退いたします。

施 術 所	所在地			
	名称			
	辞退年月日	令和 年 月 日	開設届出 年月日	令和 年 月 日
	備考		開設届 出経由 保健所名	熊本県天草保健所