

天草市国民健康保険はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧師指定申請書

令和 年 月 日

天草市長 様

申請人 住所 _____

氏名 _____

電話 () _____

このことについて、天草市国民健康保険あん摩、はり、きゅう等施術利用規則第3条第2項の規定により、次のとおり申請します。

資格	氏名	生年月日		大昭平 年 月 日	
	種類	交付都道府県名	免許証番号	交付年月日	
	はり師			大昭平	年 月 日
	きゅう師			大昭平	年 月 日
	あん摩 マッサージ 指圧師			大昭平	年 月 日
施設	所在地				
	名称				
施術所	開設年月日	令和 年 月 日	開設届出年月日	令和 年 月 日	
	業務の種類		開設届出経由 保健所名	熊本県天草保健所	

同意書

私の市税については完納してます。なお、施術担当者指定書の交付を受けるため、市長が必要な税関係情報の記録を調査することに同意します。

令和 年 月 日

代表者氏名 _____