

福岡市国民健康保険はりきゅう施術従事者届

令和 年 月 日

(あて先) 福岡市長

指定番号 _____ 号

施術所名称 _____ 開設者氏名 _____ 印 _____

福岡市国民健康保険はりきゅう費助成事業にかかる施術従事者として、下記の者を届け出します。

	氏名	免許証情報			
		種類	交付都道府県 又は指定登録機関	番号	交付年月日
1 (責任者)	(ふりがな)	はり		第 号	昭・平・令 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平・令 年 月 日
2	(ふりがな)	はり		第 号	昭・平・令 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平・令 年 月 日
3	(ふりがな)	はり		第 号	昭・平・令 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平・令 年 月 日
4	(ふりがな)	はり		第 号	昭・平・令 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平・令 年 月 日
5	(ふりがな)	はり		第 号	昭・平・令 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平・令 年 月 日