要綱様式第2号

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

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	記載都道府県	番　号	交付年月日
1（責任者）	(ふりがな) 年　月　日生	はり		第　号	年　月　日
		きゅう		第　号	年　月　日
2	(ふりがな) 年　月　日生	はり		第　号	年　月　日
		きゅう		第　号	年　月　日
3	(ふりがな) 年　月　日生	はり		第　号	年　月　日
		きゅう		第　号	年　月　日
4	(ふりがな) 年　月　日生	はり		第　号	年　月　日
		きゅう		第　号	年　月　日
5	(ふりがな) 年　月　日生	はり		第　号	年　月　日
		きゅう		第　号	年　月　日