

(様式第 4 号)

柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いに係る申出事項の変更等

柔道整復師 (受領委任の 施術管理者)		登録記号番号			
		氏 名			
		施 術 所 名		(電話番号： ())	
		開 設 者 氏 名		氏名	
区 分	1 柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の備考 5 に基づく施術所の届出			定額料金の徴収を (行う・中止)	
	2 そ の 他	変 更 内 容	(変更年月日： 令和 年 月 日)		
		理 由 等			

上記のとおり申出事項の変更を申し出します。
令和 年 月 日

北 海 道 厚 生 局 長

北 海 道 知 事

殿 柔道整復師名

住 所

(この申し出は、北海道厚生局へ提出してください。)

(注) 当該柔道整復師（受領委任の施術管理者）が死亡した場合は、事実が確認できる書類として住民票等の書類を添付し、申出人の氏名及び住所並びに当該柔道整復師との関係を記入すること。
また、施術所において勤務する他の柔道整復師を追加する場合は、様式第 2 号の 2 等を添付すること。