

記入例

この欄は記入しないでください。

		-				
--	--	---	--	--	--	--

指定 助産機関・施術機関 指定申請書

< 提出先 >

施術所を開設している方は、施術所の所在地
施術所に勤務している方は、申請者の住所地
を管轄する福祉事務所です。

令和3年 4月 1日

埼玉県知事 宛

申請者（指定を受けたい施術者等の住所、氏名、生年月日）

申請者個人の住所を記入
してください。

住所 〒360-0037

熊谷市筑波0-0-0

氏名 埼玉 太郎

生年月日 令和元年 2月 3日

電話 090-0000-0000

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定
配偶者の自立の支援に関する法律に規定される指定助産機関・施術機関の指定を受けたいものとして

施術等免許(写)を添付してください。

加入「有」の場合は、施術協定書は不要です。
加入「無」の場合は、施術協定書（同じもの
を2部）添付してください。

※指定を受けたいものを○で囲んでください

助産	<input checked="" type="radio"/> 柔道整復	<input checked="" type="radio"/> あん摩・マッサージ	はり	き
柔道整復	埼玉県柔道整復師会の加入	有	・	<input checked="" type="radio"/> 無
あん摩・マッサージ指圧	埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入	有	・	<input checked="" type="radio"/> 無
はり・きゅう	埼玉県鍼灸師会の加入	有	・	無
	埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入	有	・	無
施術所開設の 有・無	開設者 ・ <input checked="" type="radio"/> 勤務施術者			
施術所等	名称	コバトン整骨院 浦和高砂分院		
	所在地	〒330-0063 さいたま市浦和区高砂0-0-0		
	電話	048-000-0000		
指定を希望する日	令和3年 5月 1日			

注意事項

- 1 この書類は、住所地を管轄する福祉事務所を經由して提出してください。
- 2 免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関が指定された場合には、県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。

記載要領

- 1 「氏名」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名を記載してください。
- 2 「住所」は、当該指定申請を行う助産師または施術者の住所を記載してください。
- 3 「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師または施術者の生年月日を記載してください。
- 4 「指定を希望する日」は、生活保護法による施術を開始する日を記入してください。