

施術所等における現物給付の取扱い中止届

現在の登録状況	施術管理者	ふりがな	
		氏名	
	受領委任の登録記号番号	<input type="checkbox"/> 協定 —	
		<input type="checkbox"/> 契約 —	
	施術所等	名称	
		所在地	〒 TEL () —
施術所等の開設者	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒 TEL () —	
届出事項	中止する事項	<input type="checkbox"/> 施術所等の廃止（廃業） <input type="checkbox"/> 現物給付の取扱いを中止（やめる） <input type="checkbox"/> 施術管理者の変更※ <input type="checkbox"/> 施術所の所在地変更（市外移転） <input type="checkbox"/> 施術所の所在地変更（市内移転）※ <input type="checkbox"/> 施術者が受領委任の取扱いについて中止相当又は中止の措置を受けた <input type="checkbox"/> その他（以下に具体的な内容を記入してください）	
中止年月日		年	月 日
備考			

※施術管理者を変更する場合は、前任者の中止届（本届）と新任者の申出書等を同時に提出してください。

※施術所の所在地変更（市内移転）の場合、引き続き、受領委任の取扱の承諾を受けて、新たに開設する施術所において福祉3医療費の現物給付の取扱いを行う場合は、改めて市に申出を行っていただく必要があります。

年 月 日

（あて先）川口市長

（施術管理者）

氏名 _____

電話 () —