第12号様式の4（第5条の2関係）

○施術免許（写）を添付してください。

**記入例**

**指定助産機関・指定施術機関指定申請書**

令和**○○**年　**○**月　**○**日

申請者の欄は、施術者個人の

住所等を記入します。

越谷市長　宛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（指定を受けたい施術者の住所、氏名、生年月日） | | | |
| 住所 | 〒**３４３－０８１３** | | |
| **越谷市越ヶ谷○－○－○** | | | |
| 氏名 | **越谷　〇〇〇** | |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ**４９**年**６**月**２０**日 |  | |
| 電話 | （**０４８**）**○○○○－××××** | | |

指定助産機関・指定施術機関の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※指定を受けたいものを○で囲んでください  **助産　　柔道整復　　あん摩・マッサージ　　はり　　きゆう** | | | |
| 柔道整復 | 埼玉県柔道整復師会の加入 | | 有　　　・　　　無 |
| あん摩・マッサージ | 埼玉県鍼灸マッサージ師会の加入 | | 有　　　・　　　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 |
| 勤務の施術所 | 名称 | **〇〇〇接骨院　越谷分院** | |
| 所在地 | 〒**３４３－０８２５**  **越谷市大成町○－○－○** | |
| 電話番号 | （　**０４８**　）　**×××**　**―　△△△△** | |
| 指定を希望する日 | | 令和　**元**年　**５**月　**１**日 | |

添付書類　　免許証の写し