第12号様式の4（第5条の2関係）

**指定助産機関・指定施術機関指定申請書**

 令和　 年　 月　 日

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 | 〒 |
|  |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ 年月 日 |  |
| 電話 |  |

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 | 埼玉県接骨師会の加入 | 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 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　 　）　 　**―**  |
| 指定を希望する日 | 令和　　 年　 月　 日 |

添付書類　　免許証の写し