

はり師・きゆう師・あん摩マッサージ指圧師 登録 変更(辞退)届出書

平成 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 様

申請(代表)者

住 所

氏 名



下記のとおり変更(辞退)しますので届け出します。

		代理受領施術者登録番号											
登録事項を変更した施術所		施術所名											
		所在地											
(変 更・辞 退) 種 別				<input type="checkbox"/> 変 更		<input type="checkbox"/> 辞 退							
(変 更・辞 退) 年 月 日				平成		年		月		日			
変 更 事 項		変 更 の 内 容											
1	<input type="checkbox"/> 施術所の名称	( 上段に変更前の、下段に変更後の内容を記載 )											
2	<input type="checkbox"/> 施術所の所在地												
3	<input type="checkbox"/> 施術者追加・辞退												
4	<input type="checkbox"/> その他												
5	<input type="checkbox"/> 代理受領指定口座	金融機関名											
		支 店 名								コード			
		種 別		当座 ・ 普通		口座番号							
		口座名義人		(フリガナ)									

備 考

- ・ 該当する口にチェックをしてください。
- ・ 施術所名称や所在地の変更は、変更の届出をした開設届(施術書届出事項変更届出書)の写しを添付してください。
- ・ 代理受領口座の変更は、口座番号と名義がわかる通帳のコピーを添付してください。
- ・ 施術者を追加登録される場合は、施術者のあん摩マッサージ指圧師免許証のコピーを添付してください。