

生 活 保 護 法

指定 助産機関・施術機関 申請書

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

氏 名	(フリガナ)		
生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒 - Tel ( ) -		
開設している（勤務している）助産所又は施術所の名称	名 称	(フリガナ)	開設・勤務の別 開設 ・ 勤務
開設している（勤務している）助産所又は施設所の所在地	所 在 地	〒 - Tel ( ) -	
業 務 の 種 類	助産 ・ あん摩マッサージ指圧 ・ はり・きゅう ・ 柔道整復		
所 属 団 体	北海道柔道整復師会                  北海道鍼灸師会                  北海道鍼灸柔整マッサージ師会 北海道鍼灸マッサージ柔整協同組合                  北海道整骨師会 その他 ( )                  所属無し		

上記の通り申請します

令和 年 月 日

(申請先)

旭 川 市 長

〒 -  
住 所

申請者                  Tel ( ) -

氏 名

### 注意事項

1. この書類は、旭川市長宛てに提出してください。（福祉保険部生活支援課担当）
2. 各施術の「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、市告示による公示するほか、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. 「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の生年月日を記載してください。
3. 「住所」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の住所を記載してください。
4. 「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。
5. 「所属団体」は、該当するものを○で囲んでください。