

## 保健事業実施機関 指定申請書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(開設者) 住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

電話番号

保健事業実施機関の指定を受けたいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第3条第3項の規定により、次のとおり申請します。

施術所の名称			
開設場所	〒		
	電話番号		
開設年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
業務の種類	はり・きゅう・あんま マッサージ 指圧		
従事者	1	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	2	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	3	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	4	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	5	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	6	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	7	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)
	8	氏名	資格 (はり・きゅう・あんま)

## ○添付書類

1 料金表

2 開設に関する証明書 (保健所交付) ※必要な場合のみ

## 【柏市使用欄】

指定日	令和 年 月 日	(平成25年度再指定の場合、当初指定日)	<受付>
指定番号			
<備考>			