

## 保健事業実施機関 変更届出書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(届出者) ※変更前の内容で記載

指定番号 

			-			
--	--	--	---	--	--	--

施術所名 \_\_\_\_\_

開設者 (法人の場合は法人名及び職・氏名)

法人名  
(ふりがな) \_\_\_\_\_

職・氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

保健事業実施機関について、指定内容に変更がありますので、柏市国民健康保険等保健事業利用規則第11条第1項の規定により、次のとおり届け出します。

↓ 変更する事項の欄のみ○印を付け、内容を記入してください。

	施術所の名称	(旧)				
		(新)				
	開設場所	(旧)	〒	電話番号		
		(新)	〒	電話番号		
	業務の種類	(旧)	はり ・ きゅう ・ あんま マッサージ 指圧			
		(新)	はり ・ きゅう ・ あんま マッサージ 指圧			
	従事者 ※変更の場合、内容を 他の欄に記入して ください。	(追加・変更・削除)	氏名		資格	(はり・きゅう・あんま)
		(追加・変更・削除)	氏名		資格	(はり・きゅう・あんま)
		(追加・変更・削除)	氏名		資格	(はり・きゅう・あんま)
		(追加・変更・削除)	氏名		資格	(はり・きゅう・あんま)
		(追加・変更・削除)	氏名		資格	(はり・きゅう・あんま)
	その他					

## ○添付書類

- 料金表(変更があった場合)
- 保健事業実施施設指定書(施術所の名称が変更になった場合)
- 開設に関する証明書(保健所交付) ※柏市以外に開設の場合のみ

<受付>
------

変更日 令和 年 月 日