

決裁	事務局次長	係長	係員

指定番号	第	号
------	---	---

福岡市職員共済組合 はりきゅう開設者指定申請書

施術所	所在地	〒								
	名称			電話番号	-					
	開設年月日	昭・平	年	月	日	開設届出年月日	昭・平	年	月	日
	所轄保健所名	保健所	設備	施術室				m ²		
				待合室				m ²		
開設者又は代表者	種別	個人・法人	開設者住所または本店所在地	〒						
	氏名又は名称	ふりがな		はりきゅう施術以外の業務	有 ・ 無					
	電話番号	-								

加入している鍼灸師会があれば、その名称

私は、下記の事項を承認の上、福岡市職員共済組合はりきゅう開設者の指定を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所
(開設者)

氏名又は名称

印

(宛先) 福岡市職員共済組合理事長

- あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律及び同法施行規則を遵守すること。
- 福岡市職員共済組合はりきゅう受療証を持参した者に対し施術を行う場合は、施術料金及び当該受療者から受領する額を福岡市職員共済組合理事長が定める額とすること。
- この申請書の記載事項に変更がある場合、又は廃業し、若しくは指定開設者を辞退する場合は、速やかに所定の様式で届け出ること。

決裁	事務局次長	係長	係員

福岡市職員共済組合 施術従事者届

平成 年 月 日

(あて先)福岡市職員共済組合理事長

施術所名称

開設者氏名

印

(指定番号 号)

福岡市職員共済組合はりきゅう助成事業にかかる施術従事者として、下記の者を届け出します。

	氏名	免許証情報			
		種類	交付都道府県 又は 指定登録機関	番号	交付年月日
1 (責任者)	(フリガナ)	はり		第 号	昭・平 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平 年 月 日
2	(フリガナ)	はり		第 号	昭・平 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平 年 月 日
3	(フリガナ)	はり		第 号	昭・平 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平 年 月 日
4	(フリガナ)	はり		第 号	昭・平 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平 年 月 日
5	(フリガナ)	はり		第 号	昭・平 年 月 日
	(昭・平 年 月 日生)	きゅう		第 号	昭・平 年 月 日

申 立 書

私は、福岡市職員共済組合はりきゅう費助成事業における開設者の指定を申請するにあたり、下記のことを申し立ていたします。

記

1. 開業内容は以下のとおりです。【該当項目全てにチェックしてください】

- はり業・きゅう業
- あんま・マッサージ業・柔道整復業
- 上記以外に、以下の事業目的を有する（具体的に）

()

これらは、私（申請者）の

- ①社会的信用を傷つけるおそれはありません。
- ②施術の円滑な遂行を妨げるおそれはありません。
- ③名義の貸与その他不当な方法で経営されるものではありません。

2. 以上の内容に変更が生じた場合は、すみやかに届け出ます。

本申し立てに、相違ありません。偽りがあった場合や申し立て内容の変更により指定の要件を満たさなくなった場合は、福岡市職員共済組合はりきゅう費助成事業における**指定の取消し処分に、異議申し立て致しません。**

福岡市職員共済組合理事長

平成 年 月 日

施術所名称

施術所所在地

住 所

開設者氏名

印

決裁	事務局次長	係長	係員

福岡市職員共済組合 はりきゅう開設者変更届

平成 年 月 日

(あて先) 福岡市職員共済組合理事長

施術所名称 (指定番号) 開設者氏名 (号) 印

下記のとおり変更しましたので届け出します。

変更項目		変更内容			添付書類	
施術所住所	旧				<ul style="list-style-type: none"> ・ 施術所廃止届写 (旧施術所) ・ 新施術所開設届写 (新施術所) ・ 旧指定書 	
	新	〒 電話 —				
施術所名称	旧					
	新					
新施術所開設年月日						
保健所届出年月日						
施術所責任者	旧				※免許証の原本提示	
	新	フリガナ				
		(昭・平 年 月 日生)				
		免 許 証 情 報				
		種 類	交付都道府県 又は 指定登録機関	番 号		交付年月日
		はり		第 号		昭・平 年 月 日
きゅう		第 号	昭・平 年 月 日			

	事務局次長	係長	係員
決裁			

福岡市職員共済組合はりきゅう開設者 辞退届

指 定 番 号	
施 術 所 所 在 地	
施 術 所 名 称	
開 設 者 氏 名	
施 術 の 種 類	
辞 退 の 理 由	
辞 退 年 月 日	

上記のとおり辞退しますので、届け出します。

(宛先) 福岡市職員共済組合理事長

平成 年 月 日

〒 -

住所

届出人

氏名

印

決裁	事務局次長	係長	係員

はりきゅう費振込口座申出書

平成 年 月 日

福岡市職員共済組合理事長 様

〒 -

(申出人) 施術所所在地

施術所名称

(指定番号 第 号)

電話番号

(フリガナ)

開設者(代表者)氏名

福岡市職員共済組合から支給を受ける福岡市職員共済組合はりきゅう費の振込口座について、次のとおり申出いたします。

申出区分

※該当するものを○で囲んでください。

開始

変更

変更理由を○で囲んでください。

- 振込指定金融機関の閉店等
- 振込指定口座の解約
- その他

振込指定口座

金融機関名	銀行名	支店名	本店 支店
預金種目	普通・当座		
口座番号			

※ ゆうちょ銀行への振込はできません。

受付年月日

●本申出書に記載された個人情報は、はりきゅう費の口座振込及び共済組合システム入力のために 利用します。

システム入力	確認