

(申請書)

生活保護法指定 助産機関・施術機関 指定申請書

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	(フリガナ)
	称	
開設している(勤務している)助産所又は施術所の所在地	所在地	〒 -
		Tel () -
所属団体等	有(所属団体名) 無	
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	

生活保護法(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第14条第4項の規定においてその例によるとされる場合を含む。)第55条の規定に基づき上記のとおり申請します。

年 月 日

(申請先)

奈 良 県 知 事 殿 〒 -

住 所

申請者 Tel () -

氏 名

注意事項

- 1 この書類は、奈良県知事(地域福祉課)あてに提出してください。
- 2 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、奈良県告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 4 奈良市内にお住まいの助産師又は施術者(開設者を除く)については、奈良市長(奈良市福祉事務所保護課)あてに申請をいただくこととなりますので、ご注意願います。
また、奈良県外にお住まいの助産師又は施術者(開設者を除く)については、住所地を所管する指定助産機関又は施術機関担当窓口にご相談ください。

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。