様式第25号（第15条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

　　　　　　　　　生活保護法等指定　助産機関・施術機関　指定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | フリガナ |
| 生年月日 | 　大正　・　昭和　・　平成　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　電話番号（　　　　－　　　　－　　　　） |
| 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 | 〒　　　　　　電話番号（　　　　－　　　　－　　　　） |
| 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 |
| 団体加入の有無 | 　　　　　　　　　　　　　会員番号　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 　　　有　・　無 |  |
|  | 　　　有　・　無 |  |
|  | 　　　有　・　無 |  |
|  | 　　　有　・　無 |  |
|  | 　　　有　・　無 |  |

　上記のとおり申請します。

　　　　　年　　　月　　　日

　福島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

（注意）

１　この書類は、福島市長に直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。

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、福島市告示により公示するほか、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。