

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 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	〒 -	
		Tel () -	
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		
生活保護法による指定日の遡及希望の有無	有・無	(遡及希望日)	(理由)
		年 月 日	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

高知県知事 様

〒 -
住 所

申請者

Tel () -

氏 名

印