

はり、きゅう施術担当者辞退届

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

施術担当者 住 所  
氏 名 印  
電話番号 ( )

下記のとおり、施術担当者を辞退したいので、長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則第 11 条の規定によりお届けします。

施 術 担 当 者	指 定 番 号	長広指定第 号
	氏 名	
辞 退 する 年 月 日		
辞 退 する 理 由		