

確 約 書

※ 1 \_\_\_\_\_ の施術に係る療養費の受領委任の取扱いを申し出るに当たり、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知別添 1、その後の変更及び改訂等を含む。）を遵守することを確約します。

平成 年 月 日

東 北 厚 生 局 長

殿

県 知 事

氏 名 印

住 所 〒 -

(受領委任の取扱いを行う施術所)	
施術所名 _____	
〒 -	TEL. - -
住 所 _____	

- ※ 1 下線部には受領委任を希望する資格（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧のうち該当するもの）を記載してください。
- ※ 2 この確約書は、各県事務所（宮城県にあっては指導監査課）へ提出してください。