様式第10号

（表）

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 | 〒　　　　　 - | |
|  | |
| ℡（　　　　）　　 　　　－ | |
| 開設している  ○をして  ください  勤務している  助産所又は施術所の  名称及び所在地 | 名　称 | （フリガナ） |
|  |
| 所在地 | 〒　　　　　 - |
|  |
| ℡（　　　　）　　 　　　－ |
| 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 | |
| 加入団体名  （加入団体に○をしてください。その他の場合は、加入団体名を記載してください。） | ・広島県鍼灸師会  ・広島県鍼灸マッサージ師会  ・広島県柔道整復師会  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・なし | |
| 生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約 | ※「指定欠格事由」に該当しないことを確認後、  ＜チェック欄＞  　　　　　　　　　　　左のチェック欄にチェック（☑）してください。 | |

上記のとおり申請します。

　　　　　　　年　　　月　　　日

広　島　県　知　事　 様

**（福祉事務所経由）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　住　所

申請者　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　）　　　 　　－

氏　名

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４とすること。

（裏）

注意事項

１　この書類は、指定を受けようとする助産師又は施術者の住所地（助産所又は施術所を開設している助産師又は施術者にあっては、当該助産所又は施術所の所在地）を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。

２　申請する場合は欠格事由に該当しない旨の誓約書及び指定を受けようとするすべての業務の種類の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、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。

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　「｛開設している　勤務している｝助産所又は施術所の名称」及び「｛開設している　勤

務している｝助産所又は施術所の所在地」は、当該助産所又は施術所の名称及び所在地を記

載してください。

５　「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。

６　「生活保護法第49条の2第2項第2号から第9号まで（指定欠格事由）に該当しない旨の誓約」については、「指定欠格事由」に該当しない場合、チェック欄にチェック（☑）してください。