

生活保護法指定 助産機関 ・ 施術機関

該当する方を選択

氏名	(フリガナ) ----- 年 月 日
生年月日	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	(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	〒 - 電話番号 () -
業務の種類	<input type="checkbox"/> 助産 ・ <input checked="" type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧 ・ <input type="checkbox"/> はり ・ <input type="checkbox"/> きゅう ・ <input type="checkbox"/> 柔道整復

申請者個人の氏名・生年月日・住所を記入

該当するものを選択

上記のとおり申請します。

指定を受ける日を記入

年 月 日

(申請先)

新潟市長

〒 -

住所

申請者

個人の名前を記入

電話番号 () -

氏名