

※業務に従事する施術者が多い場合は、前ページ様式に続いて以下に記載

氏名	免許の種別	免許登録年月日・番号
	あん摩マッサージ指圧	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	はり	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	きゅう	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	あん摩マッサージ指圧	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	はり	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	きゅう	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	あん摩マッサージ指圧	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	はり	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	きゅう	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	あん摩マッサージ指圧	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	はり	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	きゅう	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	あん摩マッサージ指圧	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	はり	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	きゅう	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	あん摩マッサージ指圧	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	はり	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号
	きゅう	年 月 日 号 厚労省・都道府県 第 号

保健所受付印