

北九州市国民健康保険はり・きゅう施術担当辞退届

指 定	記号・番号	第 号
	年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
施 術 所	名 称	
	所 在 地	
辞 退 者	氏 名	
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
辞退年月日	令和 年 月 日	
理 由		
そ の 他		
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 北九州市長 様 住 所 氏 名 ㊞ (自署の場合は押印不要)		
※ 受付年月日 令和 年 月 日		※ 指定取消年月日 令和 年 月 日

受付No

※欄は記入しないこと