

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	-----	
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>北九州市長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p>		
※ 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