

別紙F【柔道整復施術所用】

柔道整復師卒後臨床研修認定施設名等変更届

平成 年 月 日

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代表理事 福島 統 殿

認定番号 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

開設者等 \_\_\_\_\_ ㊟

\_\_\_\_\_のため、下記のとおり変更がありますので届出をします。

該当欄に必要事項をご記入ください。

区 分	変 更 前	変 更 後
1. 施 設 名		
2. 開 設 者 名	(免許登録番号 )	(免許登録番号 )
3. 施術管理者名	(免許登録番号 )	(免許登録番号 )
4. 郵 便 番 号		
5. 住 所		
6. 電 話 番 号		
7. F A X 番 号		
8. 変 更 年 月 日	平成 年 月 日	

(注)1 新規開設施設に変更する場合は、その施設の開設届の写しを添付してください。

なお、同時に変更前の施設を廃止した場合は併せて廃止届の写しを添付してください。

(注)2 「2. 開設者名」及び「3. 施術管理者名」変更の場合、変更後の開設者及び施術管理者は同施設所での管理経験が3年以上必要です。 同施設所での管理経験： \_\_\_\_\_ 年

なお、3年以上の実績を証明する地方厚生局へ提出した施術管理者としての届出の写しを添付してください。

(注)3 親子間譲渡の場合は、保健所に提出した勤務柔道整復師の届の写しと、親子関係を証明する書類の写しを添付してください。

別紙F【保険医療機関など用】

柔道整復師卒後臨床研修届出施設名等変更届

平成 年 月 日

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代表理事 福島 統 殿

受理番号 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

開設者等名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり変更がありますので届出をします。

該当欄に必要事項をご記入ください。

区 分	変 更 前	変 更 後
1. 医療機関名		
2. 開設者名		
3. 郵便番号		
4. 住 所		
5. 電話番号		
6. FAX番号		
7. 変更年月日	平成 年 月 日	