

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等支援法による指定を辞退します。

指定 施術 機関	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
	開設している（勤務 している）施術所の 名 称	
	開設している（勤務 している）施術所の 所 在 地	
辞 退 年 月 日		令和 年 月 日
委 措 託 置 患 者 状 況 の		

令和 年 月 日

長 崎 県 知 事 様

住所

申請者
(施術者)

氏名

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、長崎県知事（長崎県福祉保健課あて）に提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載要領

- 1 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。

記入例

生活保護法 ・ 中国残留邦人等支援法指定 施術機関 辞退届書

※施術の種類を氏名の後ろにカッコ書きで記入してください。

次のとおり生活保護法・中国残留邦人等支援法による指定を辞退します。

指定 施術 機関	氏名	江戸 太郎 (あん摩マッサージ指圧)
	生年月日	昭和 40 年 1 月 1 日
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番〇号
	開設している(勤務している)施術所の名称	江戸町治療院
	開設している(勤務している)施術所の所在地	〇〇市〇〇町〇番〇〇号
辞退年月日		令和 元 年 10 月 1 日
委 措 託 置 患 者 状 況 の		

施術者個人の
住所・氏名

令和 年 月 日 提出日

長崎県知事様

申請者
(施術者)

住所 〇〇市〇〇町〇〇番〇号

氏名 江戸 太郎