

(様式第1号)

はり、きゅう
マッサージ 治療受給申請書

年 月 日

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

〒

(申請者) 住 所

氏 名

電 話

はり等による治療を受けたいので、スモンに対するはり、きゅう及びマッサージ治療研究事業実施要綱第6条第1項の規定により申請します。

1 治療を受ける人

〒

住 所

☎

氏 名

生年月日

2 希望する治療（希望するものを○で囲んでください。）

イ はり

ロ きゅう

ハ はりときゅうの2術併用

ニ はり及びマッサージの2術併用

ホ きゅう及びマッサージの2術併用

ヘ マッサージ

3 希望する施術機関名

区 分	第 1 希 望	第 2 希 望
所 在 地		
施 術 機 関 名 (氏 名)		
電 話 番 号		

(注) 新規に申請されるときには、スモン患者であることを証することができる資料を添付してください。