

審査体験申込書

申込み日： 年 月 日

安全保障鍼灸マッサージ師会
安全保障柔道整復師会 御中

必要事項をご記入いただき、当会まで FAX してください。

お申込み区分： 柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ (マルをつけてください)

院名： _____

ご担当者様名： _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

メールアドレス： _____

※直近3カ月分のレセプトに限る
審査を希望するレセプトの施術月： _____ (例：平成29年4月分)

レセプトのおおよその枚数： _____ (例：約100枚)

備考(当会に伝えたいことがあればこちらに記入してください)

お申込み区分1件につき10,800円(税込)となります。

お申し込み後、当会スタッフより詳細についてご連絡いたしますので、その後直近のレセプト1カ月分のコピーを当会に送付してください。

送付先住所

〒100-0005
東京都千代田区丸の内1-6-1
丸の内センタービルディング7F
安全保障柔道整復師会/マッサージ師会



安全保障柔道整復師会
安全保障鍼灸マッサージ師会

柔整 TEL:03-5533-0578
鍼灸マ TEL:03-5533-0579
FAX:03-5533-0580