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： 令和4年1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 11,000 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