様式５

**⑥入力見本　　赤文字部を手書きのうえ、捺印してください。**

（臨床）実習施設承諾書

貴養成施設のあんまマッサージ指圧師、はり師及びきゅう師に係る学校養成施設認定規則・柔道整復師学校養成施設指定規則に規定する（臨床）実習施設として、株式会社メディカル　滋慶接骨院を使用することを承諾します。

**接骨院・整骨院のみ**

２０２１年９月３０日

養成施設名　学校法人滋慶学園　東京メディカル・スポーツ専門学校

（代表者）氏名　　学校長　関口正雄　　　殿

（臨床）実習施設名　株式会社メディカル　滋慶接骨院

（代表者）氏名　　　代表取締役　梅野次郎　代表者 印