

様式2-(3)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書
(指定訪問看護事業者等)
(ステーション等の名称 所在地 職員定数/事業者の名称 所在地 代表者)

該当項目に○を付けてください。

※変更に伴い医療機関コードが変更になる場合は廃止届と新規の指定申請をしてください。

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者・ 指定介護予防サービス事業者	(フリガナ) 名 称		
	主たる事務所の所在地		
	代 表 者	住 所	
		氏 名	
		生年月日	
職 名			
訪問看護 ステーション等	(フリガナ) 名 称	(医療機関コード)	
	所在地	〒 (電話) - -	
	職員の定数	(別紙)	
変更前の届出内容			
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p align="center">指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p align="center">所在地</p> <p align="center">名 称</p> <p align="center">代表者</p> <p>(あて先) 川 崎 市 長</p>			

※ 直近の指定の申請(変更届出含む)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができます。

(別紙)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)若しくは指定介護予防サービス(介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

職 種	定 数

(備考) 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。