

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定内容変更届出書
（訪問看護ステーション等）

		変 更 前	変 更 後
訪問看護ステーション等	名 称	(医療機関コード -)	(医療機関コード -)
	所在地	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	職員の定数等		
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	所在地	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	名 称		
代 表 者	住 所	〒 - TEL ()	〒 - TEL ()
	名 前	(役職名)	(役職名)
		(生年月日) 年 月 日	(生年月日) 年 月 日
変更年月日		年 月 日	

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第64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。

枚 方 市 長

年 月 日

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

所在地

氏名

印

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

(別紙)

訪問看護ステーション等に従事する職員

職員の定数	
-------	--

職 種	氏 名	研修等の受講の状況等	備考
(管理者)			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)

(記入上の注意)

○ 「職種」には、管理者から順に保健師・看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士等を記載してください。

※ 備考欄には常勤・非常勤の形態（該当する方を○で囲んでください）及び週の勤務時間数を記載してください。

○ 「研修等の受講の状況等」には、訪問看護に関する研修を受講した（している）場合は「主催者」、「研修名」「研修内容」及び「受講した期間」を記載してください。

※ 受講中の場合はその旨を記載してください。

※ それ以外で特記すべき「資格」及び「受講した研修」がある場合は記載してください。

○ 添付書類

※免許証の㊟を添付してください。その際、開設者による原本証明を行ってください。

※ 従事する職員全員の勤務割り表（直近1か月分）の㊟を添付してください。