第１８号様式（第１１条関係）

指定医療機関指定申請事項変更届出書（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指　　定  医療機関 | | 訪問看護ステーションコード  介護保険事業所番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。 | 訪問看護ステーション  指定居宅サービス事業所  指定介護予防サービス事業所 | □ | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| □ | 所在地 | 〒  **-** | | | | | | | | | | |
| □ | 連絡先 | 電話番号 | | | | －　　　　　　－ | | | | | | |
| 電子メールアドレス | | | | ＠ | | | | | | |
| 指定訪問看護事業者等 | □ | 主たる事務所の  所在地 | 〒  **-**  電話番号（　　　　－　　　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| □ | 名称 |  | | | | | | | | | | |
| □ | 代表者の職氏名 |  | | | | | | | | | | |
| □ | 役員の職氏名 | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | |
| 変　　更　　年　　月　　日 | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| （あて先）浜松市長  上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第19条第１項の規定により届け出ます。  　年　　　月　　　日  指定訪問看護事業者等  名　　　　称  代表者職氏名  担当者　氏名　（　　　　　　　　　　　　　）  連絡先　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

注　「訪問看護ステーション・指定居宅サービス事業所・指定介護予防サービス事業所」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。