

様式2-(3)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)変更届(指定訪問看護事業者等)

変更のあった項目のみ記載

新	訪問看護ステーション等	名 称		(医療機関コード)		
		所 在 地		〒 - TEL ()		
	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	主たる事務所の所在地		大阪市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇ビル1階 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
		代 表 者	住 所			
氏 名						
		生年月日		職 名		
旧	訪問看護ステーション等	名 称		〇〇訪問看護ステーション		
		所 在 地		大阪市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇ビル1階 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 06 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	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	主たる事務所の所在地		大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
		代 表 者	住 所	大阪市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号		
氏 名			浪速 三郎			
		生年月日	昭和〇年〇月〇日	職 名	代表取締役	
訪問看護ステーション等の職員の定数					(別紙①)	
変 更 年 月 日			年 月 日			

旧の記載欄は現在登録している内容を入力して記載しない

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
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。

令和〇〇年 〇〇 月 〇〇 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 大阪府〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
名 称 株式会社〇〇〇〇
代表者 浪速 三郎

(提出先)
大 阪 市 長

職員の定数の変更の場合、
別紙①の他、追加になった
職員の免許証の写しを添付