

- ・生活保護法
- ・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による

指定医療機関変更届出書

(訪問看護ステーション)

医療機関コード

2	7	6	1	1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

訪問看護ステーション名称		中之島訪問看護ステーション	
所在地 (ビル・マンション名等)		〒530-0005 大阪市 北 区 中之島1-3-20	
連絡先		TEL (06) 6208 - XXXX	
		(旧)	(新)
訪問看護に関する事項	フリガナ	ナカノシマホウモンカンゴ	
	名称	中之島訪問看護ステーション	
	所在地 (ビル・マンション名等)	〒530-0005 大阪市北区中之島1-3-20	〒530-0005 大阪市北区中之島2-3-50
	連絡先	TEL (06) 6208 - XXXX	TEL (06) 6208 - 0000
事業者に関する事項	フリガナ	ゴウドウガイシャナカノシマカイ	
	法人名称	合同会社 中之島会	
	所在地 (ビル・マンション名等)	〒530-0005 大阪市北区中之島1-3-20	〒 - - - - -
	連絡先	TEL (06) 6208 - XXXX	TEL () -
開設者に関する事項	フリガナ	[職名] フリガナ ナカノシマハナコ	[職名] フリガナ
	[職名] 氏名	代表 中之島 花子	
	住所 (自宅) (ビル・マンション名等)	〒530-0005 大阪市北区中之島2-3-38	〒 - - - - -
	連絡先	TEL (06) 6208 - XXXX	TEL () -
	生年月日	大正 昭和 ・平成 38 年 3 月 8 日	大正・昭和・平成 年 月 日
管理者に関する事項	フリガナ	ナカノシマ ヨウコ	
	氏名	中之島 陽子	
	住所 (自宅) (ビル・マンション名等)	〒530-0005 大阪市北区中之島2-4-30	〒 - - - - -
	連絡先	TEL (06) 6208 - XXXX	TEL () -
	生年月日	大正 昭和 ・平成 40 年 8 月 3 日	大正・昭和・平成 年 月 日
変更年月日		平成 令和 5 年 8 月 1 日	

上記のとおり届け出ます。

令和 **5** 年 **8** 月 **3** 日

(申請者(開設者)の氏名及び住所)

〒 **530-0005**

大阪市長 様

住所 **大阪市北区中之島1-3-20**

法人名称、代表者の職、氏名



(合同会社) 中之島会
氏名 **代表 中之島 花子**

担当者連絡先TEL **090-6208-XXXX**

担当者氏名 **中之島 三郎**

注意事項

- 1 この届出書は、市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定を受けている内容に変更があった場合、所要事項を記載して提出してください。
- 3 委託患者がいる場合で、その前後措置を必要とするときは、適切な配慮をしてください。

記載要領

- 1 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、介護保険法等により許可を受けまたは届け出た正式な名称を記載してください。
- 2 指定医療機関の「所在地」は、介護保険法等の届出どおりに記載してください。
- 3 変更事項欄のうち、（旧）の欄については必ず全て記載し、（新）の部分には今回変更された内容のみを記載してください。
- 4 届出者が法人の場合には、法人名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。届出者（開設者）が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、この書類の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。