

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書
【指定訪問看護事業者等】

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	名称						
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 電話 ()					
	代表者	氏名					
		住所					
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	職 種			定 数		
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							
(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。							
<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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定されたく申請する。 また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項(第1号から第3号まで及び第7号を除く)の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。</p> <p>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 名称 代表者</p> <p>(提出先) 大阪市長</p>							