

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定内容変更届出書
【指定訪問看護事業者等】

		変 更 前		変 更 後		
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 ()		電話 ()		
	代表者	住所				
		氏名				
		生年月日	年 月 日		年 月 日	
職名						
訪問看護ステーション等	名 称					
	医療機関コード					
	所 在 地	〒		〒		
	職員の定数 (職種・定数)					
変更年月日	年 月 日					
<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う。</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>						

※左列【変更前】の項目は全て記入し、右列【変更後】は変更した項目のみ記入すること