

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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	株式会社〇〇		
	主たる事務所の所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	〒 - 電話番号 ()	
	代 表 者	氏 名	〇〇 〇〇	
		住 所	〇〇 〇〇	
		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
職 名	代表取締役			
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 (医療機関コード〇〇-〇,〇〇〇,〇)	(医療機関コード -)	
	所 在 地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 堺市〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	〒 - 電話番号 ()	
	職員の定数	〇〇名	〇〇名	
変 更 年 月 日		令和〇年〇〇月〇〇日		
<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>令和〇年〇〇月〇〇日</p> <p>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</p> <p>所在地 堺市堺区南瓦町3番1号</p> <p>名 称 株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>堺 市 長 殿</p>				

注意

- 1 変更前の欄は、全ての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。
- 2 「訪問看護ステーション等」の「職員の定数」（職種を含む。）に変更が生じている場合は、変更後の職員の定数を記載した書類を添付すること。