

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書
 （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	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	
	代 表 者	氏 名	〇〇 〇〇
		住 所	堺市〇区〇〇町〇番〇号
		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)	
	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	
	職員の定数の 変更の有無	有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
<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60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたく申請する。</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 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 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更があった場合は、別紙を添付すること。