様式第２９号

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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 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又は指定介護予防サービス事業者の名称及び主たる事務所の所在地 | 　 | 　 |
| 指定居宅サービス事業者，指定訪問看護事業者又は指定介護予防サービス事業者の代表者の住所，氏名，生年月日及び職名 |  |  |
| 訪問看護ステーション等の名称及び所在地 | 　 | 　 |
| 訪問看護ステーション等の職員の定数 | 　 | (付表) |
| 　　上記のとおり，障害者総合支援法第６４条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項について変更があったので届け出ます。　　　　年　　月　　日　　　(宛先)　　　　　　　　　　　　　　　　 （訪問看護ステーション等）　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

付表

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 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（同法第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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 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。