

指定医療機関変更届出書
(指定訪問看護事業者等)

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者	<input type="checkbox"/>	名 称		
	<input type="checkbox"/>	主たる事務所の所在地		〒 ー (電話番号：)
	<input type="checkbox"/>	代 表 者	住 所	
			氏 名	
<input type="checkbox"/>	役 員 の 氏 名 及 び 職 名		(別紙1)	
訪 問 看 護 ステーション等	<input type="checkbox"/>	変更前	名 称	
		変更後	フリガナ ----- 名 称	
	<input type="checkbox"/>	所 在 地		〒 ー (電話番号：)
訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号	<input type="checkbox"/>			
変 更 年 月 日		年 月 日		
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19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</p> <p>(あて先) 福岡市長</p> <p>指 定 訪 問 看 護 事 業 者 指 定 居 宅 サ ー ビ ス 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>				

※ 「訪問看護ステーション等」欄は、変更の有無にかかわらず必ず記入すること。

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。