

様式 2-(3)

指定医療機関変更届出書（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		<input type="checkbox"/>	
	主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	〒
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏 名	<input type="checkbox"/>	
		生 年 月 日	<input type="checkbox"/>	
		職 名	<input type="checkbox"/>	
訪問看護ステーション等	名 称		<input type="checkbox"/>	
	所 在 地		<input type="checkbox"/>	〒
役員の氏名及び職名	<input type="checkbox"/>	(別紙 1)		
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"/>			
<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>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 名 称 代表者</p> <p>長野県知事 殿</p>				

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

本件に関する連絡先

担 当 部 署		担 当 者 名	
電 話 番 号		F A X 番 号	

