

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）

変 更 年 月 日	年 月 日			
訪問看護ステーション等の名称、所在地を記載したうえで、変更がある事項のみ <input checked="" type="checkbox"/> をして記載して下さい。				
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"/>	〒	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	電話 FAX	
	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"/>	〒	
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/>	電話 FAX	
役員の氏名及び職名	<input type="checkbox"/>	（別紙）		
訪問看護ステーションコード又は 介護保険事業所番号	<input type="checkbox"/>	※コード変更の場合、休廃止等届出書と指定申請書（新規）提出して下さい。		
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け出ます。				
年 月 日				
指定居宅サービス事業者等 所在地				
名 称				
代表者				
奈良県知事 殿				

※ 名称・所在地の変更の場合は、変更前後の名称・所在地を記載して下さい。

