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 | 名称 | | | □ |  |
| 主たる事務所の所在地 | | | □ | 〒　　－ |
| 代  表  者 | 住所 | | □ |  |
| 氏名 | | □ |  |
| 訪問看護  ステーション等 | 名称 | | | □ |  |
| 所在地 | | | □ | 〒　　－  （電話番号：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 役員の氏名  及び職名 | □ | | 職　名 | | 氏　名 |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は介護保険事業者番号 | □ | |  | | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 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条第１項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  開設者  法人の場合は所在地  住　所  法人の場合は名称及び代表者の職・氏名  氏　名  広島県知事　様 | | | | | |

※　変更がある事項の□の中にレ印を付すること。