

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書

(訪問看護ステーション等)

| | | |
|---|---------------|--------------|
| 訪問看護ステーション等 | ふりがな 名 称 | (医療機関コード —) |
| | ふりがな 所 在 地 | 〒 — TEL () |
| | 職員の定数等 | (別 紙) |
| 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 | ふりがな 所 在 地 | 〒 — TEL () |
| | ふりがな 法 人 名 | |

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項の規定により、指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けたいので申請します。

年 月 日

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

代表者職氏名

大 阪 府 知 事 様

※読み間違いが発生する恐れのある氏名(名称)や住所(所在地)が含まれる場合は、その部分にふりがなをお願いします。