

様式 3-2

指定医療機関変更届書（訪問看護ステーション等）

訪問看護 ステーション 等	名 称	<input type="checkbox"/>													
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒	—	電話 ( )										
	介護保険 事業者番号	<input type="checkbox"/>	2	7	6										
指定訪問看護 事業者	名 称	<input type="checkbox"/>													
	主たる事務所 の所在地	<input type="checkbox"/>	〒	—	電話 ( )										
指定居宅サー ビス事業者	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒	—	電話 ( )									
指定介護予防 サービス事業 者		氏 名	<input type="checkbox"/>												
		生年月日	<input type="checkbox"/>						職 名	<input type="checkbox"/>					
			職 名					氏名							
管理者の職・氏名		<input type="checkbox"/>													
役員の職・氏名		<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。</p> <p>年 月 日</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</p> <p>住 所 ( 法人の場合は所在地 )</p> <p>氏 名 ( 法人の場合は名称及び代表者の職・氏名 )</p> <p>大阪府知事 様</p>															

※各欄を全て記入の上、変更がある事項の□の中にレ印を付すること。  
※「役員の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること。