様式第9号の2(その3)(第10条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書

(指定訪問看護事業者等)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定訪問看護事業者等 | 名称 | |  |
| 主たる事務所の所在地 | |  |
| 代表者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 職名 |  |
| 訪問看護ステーション等 | 名称 | |  |
| 所在地 | |  |
| 職員の定数 | | (付表3―1) |
| 役員の氏名、生年月日および住所 | | | (付表3―2) |
| 指定自立支援医療機関(精神通院医療)について変更があったので、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64条の規定により上記のとおり届け出ます。  　　　　年　　月　　日  申請者  所在地  名称  代表者氏名  　福井県知事　　様 | | | |

備考

　1　直近の指定の申請(変更届出を含む。)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る添付書類を省略することができます。

(付表3―1)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護もしくは指定老人訪問看護または指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)もしくは介護予防サービス(介護保険法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。)に従事する職員の定数

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 定数 |
|  |  |

備考　職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記入してください。(付表3―2)

役員の氏名、生年月日および住所

申請者(法人)名(　　　　　　　　　　　　)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (ふりがな) | 生年月日 | 住所 |
| 氏名 | 役職 |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |