|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問看護ステーション等 | 名　　称 | □ |  |
| 所在地 | □ | 〒　　　－　　　　　　　　　 電話　　　（　　　） |
| 介護保険事業者番号 |  | **２** | **７** | **６** |  |  | ― |  |  |  |  |  |
| 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 | □ | 〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）　　　　　　　　　　　　 |
| 代　表　者 | 住　所 | □ | 〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）　　　　　　　　 |
| 氏　名 | □ |  |
| 生年月日 | □ |  | 職　名 | □ |  |
|  |  | 職　名 | 氏名 |
| 管理者の職・氏名 | □ |  |  |
| 役員の職・氏名 | □ |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 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１４条第１項の規定による指定医療機関として指定を更新されたく申請します。また、同法第１４条第２項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。　　　年　　　月日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　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大阪府知事　様 |

指定医療機関指定更新申請書（訪問看護護ステーション等）

様式2-2

※各欄を全て記入の上、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

※「役員及び管理者の職・氏名」欄に全員記入できない場合は、別紙に記入すること。