

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 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	名 称	(医療機関コード -)
	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	所 在 地	〒 - TEL ()
	名 称	
<p>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項の規定による医療機関 (育成医療・更生医療) として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p>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</p> <p>所在地 名 称</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p>		

(別紙)

訪問看護ステーション等に従事する職員

職員の定数	
-------	--

職 種	氏 名	研修等の受講の状況等	備考
(管理者)			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)
			・常勤 ・非常勤 (週の勤務時間数 H)

(記入上の注意)

- 「職種」には、管理者から順に保健師・看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士等を記載してください。 ※ 備考欄には常勤・非常勤の形態（該当する方を○で囲んでください）及び週の勤務時間数を記載してください。
- 「研修等の受講の状況等」には、訪問看護に関する研修を受講した（している）場合は「主催者」、「研修名」「研修内容」及び「受講した期間」を記載してください。
 - ※ 受講中の場合はその旨を記載してください。
 - ※ それ以外で特記すべき「資格」及び「受講した研修」がある場合は記載してください。
- 添付書類
 - ※ 免許証の(写)を添付してください。その際、開設者による原本証明を行ってください。
 - ※ 従事する職員全員の勤務割り表（直近1か月分）の(写)を添付してください。