

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定内容変更届出書

(訪問看護ステーション等)

| | | 変 更 前 | 変 更 後 |
|---|--------|----------------|----------------|
| 訪問看護ステーション等 | 名 称 | (医療機関コード -) | (医療機関コード -) |
| | 所 在 地 | 〒 - TEL () | 〒 - TEL () |
| | 職員の定数等 | 別紙 | 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 () | 〒 - TEL () |
| | 名 称 | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | |
| <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64条の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。</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 氏 名</p> <p>大 阪 府 知 事 様</p> | | | |

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。

(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。