

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。
  - ※ 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。