

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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	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	

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。

年 月 日

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

氏 名

大 阪 府 知 事 様

※ 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。