

様式 2 - (3)

指定医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者等）

※ すべて記入し変更がある事項の□にレ印を付すること。

訪問看護ステーション等	フリガナ	<input type="checkbox"/>		
	名称	<input type="checkbox"/>	変更前の名称（ 〒	
	所在地	<input type="checkbox"/>	TEL（ — —	
訪問看護ステーションコード 又は介護保険事業者番号		<input type="checkbox"/>		
・ 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	<input type="checkbox"/>		
	主たる事業所の所在地	<input type="checkbox"/>		
	代表者	住所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏名	<input type="checkbox"/>	
		生年月日	<input type="checkbox"/>	
職名		<input type="checkbox"/>		
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	（別紙 1）※法人の場合のみ提出	
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 19 条第 1 項の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。 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 所在地 名称 代表者 鹿児島県知事 殿				
担当部署		担当者名		
電話番号		FAX 番号		

