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）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 名　　　　　　称 | | | □ |  |
| 主たる事務所の所在地 | | | □ | 〒 |
| 代  表  者 | 住所 | | □ |  |
| 氏名 | | □ |  |
| 生年月日 | | □ |  |
| 職名 | | □ |  |
| 訪問看護ステーション等  ※ | 名　　　　　　称 | | | □ |  |
| 所在地 | | | □ | 〒 |
| 電話番号 | | | □ |  |
| 役員の氏名及び職名 | □ | | （別紙１） | | |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は  介護保険事業所番号 | □ | |  | | |
| 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  　　　 　名　称  代表者  　大分県知事殿 | | | | | |
|

※　右側の欄に全て記入し、変更がある事項の□の中にレ印を付すること。