

指定医療機関変更届出書
(指定訪問看護事業者等)

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"/>	
	主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	〒 -
	代表者	住所	<input type="checkbox"/>	
		氏名	<input type="checkbox"/>	
訪問看護 ステーション等	名称		<input type="checkbox"/>	
	所在地		<input type="checkbox"/>	〒 - (電話番号:)
役員の氏名 及び職名	<input type="checkbox"/>	(別紙1)		
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"/>			
変更年月日	年 月 日			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>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</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。