様式第18号（第13条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

静岡県指定医療機関番号

指定医療機関指定申請事項変更届出書（指定訪問看護事業者等）

指　定 医療機関		訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号			
		名　　称			
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	訪問看護ステーション 指定居宅サービス事業所 指定介護予防サービス事業所	□	名　　称		
		□	所　在　地	郵便番号　　－	
		□	連　絡　先	電話番号	－　　－
				電子メールアドレス	@
	指定訪問看護事業者等	□	主たる事務所の 所　在　地	郵便番号　　－ 電話番号（　　－　　－　　）	
		□	名　　称		
		□	代表者の職氏名		
	□	役員の職氏名		別紙のとおり	

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第 19 条第 1 項の規定により届け出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者等
名　　称
代表者職氏名

担当者　氏　名　（　　）
連絡先　（　　）

静岡県知事　様

注　「訪問看護ステーション・指定居宅サービス事業所・指定介護予防サービス事業所」の「名称」記入欄には、正式名称を記入してください。