別紙様式2-(3)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）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	株式会社〇〇	
	主たる事務所の所在地	〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇	
	代 表 者	住 所	△△県△△市△△ △-△-△
		氏 名	県庁 太郎
		生 年 月 日	(元号) 〇年〇月〇日
		職 名	代表取締役
訪問看護ステーション等	名 称	訪問看護ステーション〇〇〇〇〇 [医療機関コード(7): 〇〇〇〇〇〇〇]	
	所 在 地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県××市×× ×-×-× [電話番号: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇]	
	職 員 の 定 数	(別紙)	
変 更 事 項	変更後： 栃木県××市×× ×-×-× (事業所所在地) (変更前： 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇) [変更日： (元号) 〇年〇月〇日]		
上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、障害者の日常生活 的に支援するための法律第64条の規定により届け出ます。 (元号) 〇年〇月〇日 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 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 名 称 株式会社〇〇 代表者 代表取締役 県庁 太郎 栃木県知事 様			

変更後の名称等を記載する。

変更の事項を記載する。
(法人名称又は所在地、代表者名、事業所名又は所在地、職員の職種・定数)

変更後の内容を記載する。
(名称、所在地、代表者名、職員の職種・定数など)

※ 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更がない事項については、当該事項にかかる添付書類を省略することができる。