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 | |  |
| 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 | | ［医療機関コード（７桁）：　　　　　　　　］ |
| 所在地 | | （〒　　　－　　　　）  ［電話番号：　　　　　　　　　　］ |
| 職員の定数 | | （別紙） |
| 変　　更　　事　　項 | 変更後：  （変更前：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ［変更日：　　　　年　　　　月　　　　日］ | | | |
| 上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、障害者の日常生活及び社会生活を総合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。  　　　　　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  　　　栃木県知事　様 | | | | |

※　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。