

指定自立支援医療機関（育成）
（訪問看護）

変更前の各項目（太線枠内）は必ず全て記入して下さい。

変更後の各項目は変更した項目のみ記入して下さい。

		変 更 前	変 更 後
訪問看護ステーション等	名称	〇〇訪問看護ステーション <small>（医療機関コード 76-54321）</small>	〇〇〇訪問看護ステーション <small>（医療機関コード 76-12345）</small>
	所在地	〒572-1234 寝屋川市〇〇町二丁目 〇〇番〇〇号 Tel 072 (000) 0000	〒572-2345 寝屋川市××町三丁目 ××番××号 Tel
	職員の定数等	別紙	本町2-〇〇-〇〇 のような省略した住所で記入しないで下さい。
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	名称等	株式会社 〇〇 代表取締役 大阪 太郎	株式会社 ×× 代表取締役 大阪 花子
	役職名	役職名：	役職名：
	生年月日	生年月日：	生年月日：
所在地	〒540-0000 〇〇市××町三丁目2番12号 Tel 06 (0000) 0000	〒540-0000 〇〇市××町四丁目3番13号 Tel 06 (0000) 0000	
変更年月日	年 月 日		

上記のとおり、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115条）の規定により指定内容の変更があったので届け出ます。

実際に変更があった日を記入して下さい。

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 〇〇市××町四丁目3番13号

氏名 株式会社 ××
代表取締役 大阪 花子

（あて先） 寝屋川市長

中段の「開設者」の「住所」「氏名又は名称」と一致させて下さい。

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。