様式２－(３)

指定医療機関変更届出書（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 | | | □ |  |
| 所在地 | | | □ | 〒 |
| 役員の氏名及び職名 | □ | | （別紙１） | | |
| 訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ又は  介護保険事業者番号 | □ | |  | | |
| 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。  　　 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  　長野県知事 殿 | | | | | |

※　変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

本件に関する連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署 |  | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

（別紙１）

役員の氏名及び職名

申請者（法人）名（　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | 職　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |