

別紙様式 4

訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
(届出・変更・取消し)

受理番号	(訪看26)	号
------	--------	---

受付年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

決定年月	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア	3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア
上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称			
			代表者の氏名
			印
関東信越厚生局長 殿			

届出内容

指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称		ステーションコード
		管理者の氏名
1 緩和ケアに関する専門研修		
	氏名	氏名
2 褥瘡ケアに関する専門研修		
	氏名	氏名
3 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修		
	氏名	氏名
備考：1、2及び3の専門の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。		