様式12

医療観察24時間対応体制加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連絡先　担当者氏名：　電話番号： |  | 受理番号 | （医訪看対23）　　　　　号 |
|  |  |  |
| 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |  | 決定年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| （届出事項）　　　　　　　医療観察24時間対応体制加算 |
| 上記のとおり届け出ます。令和　　　年　　　月　　　日医療観察訪問看護事業者の所在地及び名称代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　地方厚生局長　殿 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ステーションコード |  |  |
| 訪問看護事業型指定通院医療機関の所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名 |

届出内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ○連絡相談を担当する職員（　　　　）人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健師 |  　　　 人 | 常勤　　　　 　　人 | 非常勤　　　　　　　人 |
| 看護師 |  　　 　人 | 常勤　　　　 　　人 | 非常勤　　　　　　　人 |

○連絡方法

|  |
| --- |
|  |

○連絡先電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  ( ) | 4 |  ( ) |
| 2 |  ( ) | 5 |  ( ) |
| 3 |  ( ) | 6 |  ( ) |

 |

※　連絡相談担当は保健師、看護師の別を記載すること。* 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。
 |