

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 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">代表者の氏名</div> 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 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">管理者の氏名</div>						
届出内容						
○連絡相談を担当する職員 () 人						
保健師	人	常	勤	非	常	勤
		人		人		
看護師	人	常	勤	非	常	勤
		人		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。						