

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。			