別紙様式１

精神科訪問看護基本療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

|  |
| --- |
|  |
|  | 受理番号 | （訪看10）　　　　　　号 |  |
|  |  |
|  | 受付年月日 | 　平成　　年　　月　　日 |  | 決定年月日 | 　平成　　年　　月　　日 |
|  |  |  |  |
| 　（届出事項）　　　　　精神科訪問看護基本療養費に係る届出 |
| 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　　　東北厚生局長　殿 |
|  |
|  届出内容 |
|  | 指定訪問看護ステーションの | ステーションコード |  |  |
|  |  |
| 所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等 |
|  | 氏　　名 | 　職種 | 当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ※職種とは、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。　経験内容は、具体的かつ簡潔に記載すること |
| 　備考：精神科訪問看護に関する研修を修了している者については、研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。　　 |
|  |
|  |