別紙様式７

専門管理加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看32）　　号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	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

４．特定行為

上記のとおり届け出ます。

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

東海北陸厚生局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

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

４　特定行為研修

氏名	氏名

備考：１、２、３又は４の専門の研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。