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。 |