

別紙様式 1

訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書
(届出・変更・取消し)

受理番号	(訪看26)	号
------	--------	---

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月	平成 年 月 日
-------	----------	------	----------

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア
上記のとおり届け出ます。		
平成 年 月 日 (届出を行わずに算定を始めた時点: 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
関東信越厚生局長 殿		

届出内容(届出を行わずに算定を始めた時点の事業所の状況)

ステーションコード	
指定訪問看護事業者	
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
備考: 1及び2の専門研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。 : 届出書は、正副2通を提出のこと	