

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（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）				
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称			ステーションコード	
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		
備考：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 ：届出書は正副 2 通を提出すること				