

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）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

		受理番号	（訪看10）	号
受付年月日	年 月 日	決定年月日	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。
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

関東信越厚生局長 殿

届出内容

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
		(1) () 経験内容： _____ (2) () 経験内容： _____ (3) () 経験内容： _____ (4) () 経験内容： _____
		(1) () 経験内容： _____ (2) () 経験内容： _____ (3) () 経験内容： _____ (4) () 経験内容： _____
		(1) () 経験内容： _____ (2) () 経験内容： _____ (3) () 経験内容： _____ (4) () 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、以下の(1)～(4)うち該当するものに○を付した上で、具体的かつ簡潔に記載すること。
(1)精神科を標榜する保険医療機関における精神病棟又は精神科外来の勤務経験 1年以上
(2)精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験 1年以上
(3)精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務経験 1年以上
(4)精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上の研修の修了
（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。）