別紙様式４

 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）

連絡先　担当者氏名：（　　　　　　　　）　電話番号：（　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
|  受理番号 |  （訪看26）　　　　　　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 |
| 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 | ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ |  |
|  |  |
| 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 |
|  |  |
|  備考：１、２又は３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。  |