

別紙様式 8

遠隔死亡診断補助加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名：（ ） 電話番号：（ ）

| | | |
|------|--------|---|
| 受理番号 | (訪看33) | 号 |
|------|--------|---|

| | |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | |
|-------|-------|
| 決定年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

| | |
|--|-----------------|
| (届出事項) | 遠隔死亡診断補助加算に係る届出 |
| <p>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</p> <p style="text-align: right;">代表者の氏名</p> <p>関東信越厚生局長 殿</p> | |

届出内容

| | | | | | | |
|---|-----------|--|----|----|--|--|
| | ステーションコード | | | | | |
| <p>指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">管理者の氏名</p> | | | | | | |
| <p>情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名</td> <td style="width: 50%;">氏名</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | 氏名 | 氏名 | | |
| 氏名 | 氏名 | | | | | |
| | | | | | | |
| <p>備考：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。</p> | | | | | | |