

(表 面)

|                                                   |                       |                      |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| ※ 番 号                                             |                       |                      |  |
| ※ 指定訪問看護ステーションコード                                 |                       |                      |  |
| ① 訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン                             | 名 称                   |                      |  |
|                                                   | 所 在 地                 | 〒 -                  |  |
| ② 申 請 者 氏 名 ・ 法 人 代 表 者 氏 名                       | 名 称                   |                      |  |
|                                                   | 主 たる 事 業 所 の 所 在 地    | 〒 -                  |  |
|                                                   | 法 人 代 表 者 氏 名         |                      |  |
| ③ 管 理 者                                           | 氏 名                   |                      |  |
|                                                   | 保 健 師 ・ 助 産 師 ・ 看 護 師 | 保健師籍、助産師籍又は看護師籍の登録番号 |  |
| ④ 指定を受けた場合の当該指定に係る訪問看護等の事業の開始予定年月日                | 年 月 日                 |                      |  |
| ⑤ ①の主たる所在地以外の場所で一部実施する事業所                         | 名 称                   |                      |  |
|                                                   | 所 在 地                 | 〒 -                  |  |
|                                                   | 代 表 者 氏 名             |                      |  |
| ⑥ 健康保険法第 8 9 条第 4 項第 4 号から第 7 号までのいずれか（指定欠格事由）に該当 | 有 ・ 無                 | 該当する法律名              |  |
|                                                   |                       | 内 容                  |  |
|                                                   |                       | 該 当 年 月 日            |  |
|                                                   |                       | 処 分 権 者 等            |  |

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

近 畿 厚 生 局 長 殿

代表者の職名及び氏名

連絡先 担当者氏名：( ) 電話番号：( )

記入上の注意

- 1 ③の欄は、該当する文字を○印で囲むこと。
- 2 ⑥の欄は、指定欠格事由に該当しない場合（平成18年10月1日前にした行為により罰金又は禁錮以上の刑に処せられた場合を含む。）は無を○で囲み、有を○で囲んだ場合は次の該当する法律名を記載すること。  
また、内容欄には、指定欠格事由の内容及び非該当となる年月日を記載すること。

該当法律

- |              |                                   |
|--------------|-----------------------------------|
| ・ 健康保険法      | ・ 国民健康保険法                         |
| ・ 船員保険法      | ・ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 |
| ・ 医師法        | ・ 薬剤師法                            |
| ・ 歯科医師法      | ・ 地方公務員等共済組合法                     |
| ・ 保健師助産師看護師法 | ・ 高齢者の医療の確保に関する法律                 |
| ・ 医療法        | ・ 再生医療等の安全性の確保等に関する法律             |
| ・ 私立学校教職員共済法 | ・ 臨床研究法                           |
| ・ 国家公務員共済組合法 |                                   |

※印の欄には記入しないこと。