

別紙様式 3

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)

受理番号	(訪看26) 号
------	----------

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

決定年月	平成	年	月	日
------	----	---	---	---

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア
上記のとおり届け出ます。 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	
地方厚生 (支) 局長 殿		

届出内容

	ステーションコード
指定訪問看護ステーションの 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
備考：1 及び 2 の専門研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。 ：届出書は、正副 2 通を提出のこと	