

## 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	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	
地方厚生(支)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		
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を添付すること。		