

別紙様式 1

精神科訪問看護基本療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

		受理番号	（訪看10）	号
受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日	
（届出事項） 精神科訪問看護基本療養費に係る届出				
<p>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</p> <p style="text-align: right;">代表者の氏名 印</p> <p>地方厚生（支）局長 殿</p>				
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				
当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等				
氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容		
<p>※職種とは、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。 経験内容は、具体的かつ簡潔に記載すること</p> <p>備考：精神科訪問看護に関する研修を修了している者については、研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。</p>				