

別紙様式 3

24 時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域）に係る届出書（届出・変更・取消し）

		受理番号	(訪看23)	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) 24時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域）				
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 ① 代表者の氏名 印 ② 代表者の氏名 印 地方厚生（支）局長 殿				
	①	②		
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. 24時間対応体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員（ ）人（①・②訪問看護ステーションの合計）

訪問看護ステーション	①			②		
	連絡相談を担当する職員			人		
保健師	人	常勤 人	非常勤 人	人	常勤 人	非常勤 人
助産師	人	常勤 人	非常勤 人	人	常勤 人	非常勤 人
看護師	人	常勤 人	非常勤 人	人	常勤 人	非常勤 人

○連絡方法

--	--

○連絡先電話番号

1	()	1	()
2	()	2	()
3	()	3	()

※ 連絡相談担当は保健師、助産師又は看護師の別に記載すること。連絡相談を担当する職員には緊急時訪問看護を担当する職員についても記載すること。