

別紙様式 8

遠隔死亡診断補助加算に係る届出書（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33)	号
------	--------	---

受付年月日	年	月	日
-------	---	---	---

決定年月日	年	月	日
-------	---	---	---

(届出事項)	遠隔死亡診断補助加算に係る届出
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 九州厚生局長 殿	
	代表者の氏名

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
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師	
氏名	氏名
備考：研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。	