

専門管理加算に係る届出書（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32)	号
------	--------	---

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

決定年月日	令和 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 4. 特定行為	
上記のとおり届け出ます。 令和 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

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
4 特定行為研修	
氏名	氏名
備考：1、2、3又は4の専門の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。	