

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	令和 年 月 日
-------	----------

決定年月日	令和 年 月 日
-------	----------

(届出事項)	遠隔死亡診断補助加算に係る届出
<p>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</p> <p style="text-align: right;">代表者の氏名</p> <p>九州厚生局長 殿</p>	

届出内容

	ステーションコード					
<p>指定訪問看護ステーションの          所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">管理者の氏名</p>						
<p>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</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">氏名</td> <td style="width: 50%;">氏名</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			氏名	氏名		
氏名	氏名					
<p>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。</p>						