

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
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 の所在地及び名称</p> <p>代表者の氏名</p> <p>地方厚生（支）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>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"> <tr> <td>氏名</td> <td>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>						