

指 定 訪 問 看 護 事 業 を 行 わ な い 旨 の 申 出 書

| | |
|------|--|
| 受理番号 | |
|------|--|

| | | |
|---------------|------------|--|
| ① 訪問看護ステーション | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| ② 事業者名・代表者氏名等 | 名 称 | |
| | 主たる事業所の所在地 | |
| | 代表者氏名及び住所 | |

上記のとおり、指定訪問看護等の事業を行わない旨を申し出ます。

年 月 日

申請者の名称及び主たる事業所の所在地

東北厚生局長 殿

代表者の職名及び氏名

連絡先 担当者氏名：() 電話番号：()

備考：「受理番号」欄には、記入しないこと。