

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。                  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>東北厚生局長 殿</p>	

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	
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。	