

精神科訪問看護基本療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

		受理番号	(訪看10)	号		
受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日			
(届出事項) 精神科訪問看護基本療養費に係る届出						
上記のとおり届け出ます。 平成 年 月 日 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称						
東北厚生局長 殿			代表者の氏名	印		
届出内容						
指定訪問看護ステーションの 所在地及び名称		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; text-align: center;">管理者の氏名</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">ステーションコード</td> </tr> </table>			管理者の氏名	ステーションコード
管理者の氏名	ステーションコード					
当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等						
氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容				
※職種とは、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること。 経験内容は、具体的かつ簡潔に記載すること						
備考：精神科訪問看護に関する研修を修了している者については、研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。						