第２６号様式（第８条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届

（指定訪問看護事業者等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問看護ステーション等 | 名　　　　称 | |  |
| 所　 在 　地 | | 〒 |
| 電　話　番　号電話番号 | |  |
| ※　以下は、変更があった事項のみ記入及び別紙添付してください。 | | | |
| 指定居宅サービス事業者  指定訪問看護事業者  指定介護予防サービス事業者 | 名　　　　　称 | | （新） |
| （旧） |
| 主たる事務所の所在地 | | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 代 表 者 | 住　　　所 | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 氏　　　名 | （新） |
| （旧） |
| 生年月日 | （新） |
| （旧） |
| 職　　　名 | （新） |
| （旧） |
| 訪問看護ステーション等 | 名　　　　称 | | （新） |
| （旧） |
| 所　　在 　地 | | （新）〒 |
| （旧）〒 |
| 職員の定数 | | （別紙） |
| 変更年月日（変更事項ごとに記入） | | | 年　　月　　日 |
| 上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第64条の規定により届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  指定居宅サービス事業者  指定訪問看護事業者  指定介護予防サービス事業者  所在地  名　称  代表者  　　岐　阜　県　知　事　　様 | | | |

　 備考　「職員の定数」に関して変更がある場合は、第14号様式における（別紙）を添付すること。