

様式 2 - (3)

難病指定医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者等）

指定訪問看護ステーション番号： _____

指定訪問看護ステーション名： _____

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		<input type="checkbox"/>	
	主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	〒
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	〒
		氏 名	<input type="checkbox"/>	
訪問看護ステーション等	名 称		<input type="checkbox"/>	旧ステーション名 ()
	所 在 地		<input type="checkbox"/>	〒
役員の氏名及び職名	<input type="checkbox"/>	(別紙)		
※訪問看護ステーションコードの変更がある場合は、当変更届ではなく、辞退届と新規申請を行ってください。				
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第19条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。 年 月 日 指定訪問看護事業者等所在地 名 称 代表者 宮崎県知事 殿 印				

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。

