

別紙様式 2 - (3)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）変更届出書
（指定訪問看護事業者等）

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		
	主たる事務所の所在地		
	代 表 者	住 所	
		氏 名	
		生 年 月 日	
		職 名	
訪問看護ステーション等	名 称		[医療機関コード（7桁）：]
	所 在 地		（〒 ） [電話番号：]
	職 員 の 定 数		（別紙）
変 更 事 項	変更後： （変更前： ） [変更日： 年 月 日]		
上記のとおり、指定を受けた内容を変更したので、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 栃木県知事 様			

※ 直近の指定の申請（変更の届出を含む。）後に変更がない事項については、当該事項にかかる添付書類を省略することができる。