

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：45H

指定訪問看護ステーション名：

変 更 年 月 日		年 月 日				
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	訪問看護ステーション等	☐	名 称		旧ステーション名 ()	
		☐	所 在 地		〒 () -	
	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			
	役員の職名及び氏名 ※記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。	☐	職 名		氏 名	

※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