年　　月　　日

青森県知事　　　　　　殿

指定訪問看護事業者

（指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者）の名称

申請者

代表者の氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

指定医療機関指定更新申請書（指定訪問看護事業者等の場合）

指定医療機関の指定の更新を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第１５条第１項の規定により、下記のとおり申請します。

　なお、申請に当たり、同法第１４条第２項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 名　称 | |  | |
| 所在地 | | 〒 | |
| 電話番号 | |  | |
| 指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者若しくは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 | | 〒 | |
| 電話番号 | |  | |
| 代表者 | 住　所 | 〒 | |
| 職名及び氏名 |  | |
| 生年月日 |  | |
| 役員の職名及び氏名 | | 職　　名 | 氏　　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 訪問看護ステーションコード  又は介護保険事業所番号 | | |  | |

注１　「役員の職名及び氏名」については、記載欄が不足する場合は別紙とすること。

２　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４縦長とする。