

別紙様式 4

訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師に係る届出書

(届出・変更・取消し)

受理番号	(訪看 26)	号
------	---------	---

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

決定年月	令和 年 月 日
------	----------

(届出事項)	1. 緩和ケア	2. 褥瘡ケア	3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア
上記のとおり届け出ます。			
令和 年 月 日			
指定訪問看護事業者 の所在地及び名称			
代表者の氏名			印
地方厚生（支）局長 殿			

届出内容

	ステーションコート <sup>®</sup>
指定訪問看護事業者の 所在地及び名称	管理者の氏名
1 緩和ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
2 褥瘡ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
3. 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門研修	
氏名	氏名
備考：1、2 及び 3 の専門研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。	