

様式第1号の3（第3条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書  
（指定訪問看護事業者等）

指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者	名 称	株式会社みえけん訪問看護		
	主たる事務所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		
	代表者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地	
		氏 名	代表取締役 三重 太郎	
		生 年 月 日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
訪問看護ステーション等	訪問看護ステーションコード	1 2 3 4 5 6 7 ※7桁の番号		
	名 称	みえけん訪問看護ステーション		
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 三重県〇〇市〇〇町〇〇番地 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		
	職 員 の 定 数	職 種	定 数	
		保健師	常 勤	〇名
		非常勤	〇名	
看護師		常 勤	〇名	
		非常勤	〇名	
理学療法士		常 勤	〇名	
	非常勤	〇名		
作業療法士	常 勤	〇名		
	非常勤	〇名		
その他（ ）	常 勤	〇名		
	非常勤	〇名		
<p>上記のとおり、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59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいので申請します。</p> <p>令和〇年〇〇月〇〇日</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地 名称・代表者職氏名 株式会社みえけん訪問看護 代表取締役 三重 太郎</p> <p>三重県知事 宛て</p>				

※訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数（規格A4）