

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

山形県知事 殿

開設者 住 所

氏 名

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

医療機関等コード							
病院・診療所等	フリガナ						
	名 称						
	施設種別	医 科					
	所 在 地	〒 —					
	電話番号	— —					
	FAX 番号	— —					
管理者	氏 名						
	住 所	〒 —					
指定を不要とするサービスの種類	<p>※指定を不要とするサービスに○を付けてください。（サービスを実施するものには、何も印を付けないでください。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訪問看護 2. 介護予防訪問看護 3. 訪問リハビリテーション 4. 介護予防訪問リハビリテーション 5. 通所リハビリテーション 6. 介護予防通所リハビリテーション 7. 居宅療養管理指導 8. 介護予防居宅療養管理指導 9. 短期入所療養介護 10. 介護予防短期入所療養介護 						

- 注1 複数の医療機関コードを有する場合には、医療機関コード毎に1組ずつ提出してください。
 2 開設者の氏名欄は、法人にあっては法人名及び代表者の職・氏名を記載してください。
 3 病院・診療所名の「名称」欄は、保険医療機関の指定通知書と同様の名称を記載してください。
 4 上記8種類全てのサービスを行う場合は、この不要の申出書の提出は不要です。