

○指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)の新規・更新指定手続きに係る確認事項
訪問看護事業所等名()

質問項目	回答欄
<p>・各種医療・福祉制度の紹介や説明，カウンセリング等を行えるスタッフは配置されているか。(専任でなくても可)</p>	<p><input type="checkbox"/>配置されている</p> <p><input type="checkbox"/>配置されていない</p>
<p>・現在，育成医療・更生医療の対象となる訪問看護等を行っているもの (該当するものにチェック)</p>	<p><input type="checkbox"/>在宅腹膜透析</p> <p><input type="checkbox"/>居宅での血液透析</p> <p><input type="checkbox"/>在宅中心静脈栄養法</p> <p><input type="checkbox"/>訪問(通所)リハビリテーション(脳血管障害等による肢体不自由障がい者を対象とするもの)</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
<p>【更新申請時】 ・前回の申請時から職員の定数に変更はないか (変更がある場合は，別紙 職員の定数 を申請書に添付してください。)</p>	<p><input type="checkbox"/>変更なし</p> <p><input type="checkbox"/>変更あり</p>
<p>・問合わせ御担当者様及び連絡先</p>	
<p>・指定通知の送付先</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問看護事ステーション等</p> <p><input type="checkbox"/>開設者(本社)</p> <p><input type="checkbox"/>その他(住所・送付先を記入してください)</p>