

第15号様式の2 (第2条関係)

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書（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	
	主たる事務所の所在地	
訪問看護ステーション等	名 称	(訪問看護ステーションコード )
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	職員の定数の変更の有無	有・無
<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60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）の指定の更新を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">訪問看護事業者等 住 所 名称（代表者名） 又は 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>東京都知事 殿</p>		
<p>(備考) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。</p> <p>※ 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更の届出を含む。）から変更があった場合は、「有」を○で囲むこと。</p>		

(日本産業規格A列4番)