

指定医療機関指定更新申請書（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者	名 称		☐	
	主たる事務所の所在地		☐	
	代 表 者	住 所	☐	
		氏 名	☐	
		生 年 月 日	☐	
	職 名	☐		
訪問看護ステーション等	名 称		☐	
	所 在 地		☐	
役員の氏名及び職名	☐	(別紙 1)		
訪問看護ステーションコード [※] 又は 介護保険事業者番号	☐			
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号） 第 15 条第 1 項の規定に基づき指定医療機関として指定を更新されたく申請する。 また、同法第 14 条第 2 項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。 年 月 日 指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 名 称 代表者 北九州市長 様 印 (押印省略可)				

※ 直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項の□の中にレ印を付すること。