

## 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	歯 科 ・ 薬 局					
	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>※<b>指定を不要</b>とするサービスに○を付けてください。(どちらか一方のみサービスを行うことも可能です。サービスを行うものについては、何も印を付けないでください。)</p> <p style="margin-left: 20px;">1. 居宅療養管理指導</p> <p style="margin-left: 20px;">2. 介護予防居宅療養管理指導</p>						

- 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、法人にあつ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 施設種別欄は、該当する方を○で囲んでください。
- 5 居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導のサービスを両方行う場合は、この不要の申出書の提出は不要です。