

【薬局・記載例】居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導の指定を不要とする場合

様式第1号

提出担当者	連絡先	TEL	総務部 〇〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
		FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	氏名		〇〇次郎

指定を不要とする旨の申出書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

届出者 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇〇
 住所 〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号
 氏名 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇太郎 印
 (法人にあつては名称及び代表者の職・氏名)
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

下記のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

記

施設等の名称		〇〇薬局〇〇支店
開設の場所		〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号
開設者 (事業者)	氏名又は名称	代表取締役 〇〇太郎
	住所	〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号
管理者	氏名	〇〇花子
	住所	〇〇市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号
申し出に係る居宅サービスの種類 (申出を行うサービスの種類の番号を○で囲む) みなし指定を受けない(=当該サービスを実施する意向がない)サービスの種類の番号にのみ○を付ける。		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 居宅療養管理指導 ⑥ 介護予防居宅療養管理指導 7 通所リハビリテーション 8 介護予防通所リハビリテーション 9 短期入所療養介護 10 介護予防短期入所療養介護