

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

(新規 更新)

(ふりがな) 氏名			性別	男・女	生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日
住 所	〒		出 生 都 道 府 県		発 症 時 の 職 業		
	Tel ()						
発症年月	昭 和 平 成	年 月	初診年月日	昭 和 平 成	年 月 日	保 険 種 別	政・組・共・国・介・他()
疾患名				受給者番号			
過去 1年間の 訪問看護 状況	訪問看護回数		(年 回、月平均 回)				
	訪問看護 ステーション 等医療機関	住 所	〒				
		名 称					
		管 理 者					
	主 治 医	医療機関名					
		住 所	〒				
氏 名							
申請書記載者	住 所	Tel ()					
	氏 名				受給者との続柄		
<p>私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省健康局に送付され、個人情報の保護のもと研究等の用に供されることに同意の上、上記のとおり、在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録について申請を行います。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者氏名</p> <p>群馬県知事 あて</p>							