

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	〒 Tel ()	出 生 都 道 府 県			発 症 時 の 職 業
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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者氏名 (本人)</p> <p>群馬県知事 あて</p>					

