

様式 1

在宅人工呼吸器使用患者支援事業に関する契約申出書

年 月 日

群馬県知事

あて

所在地
名 称
代表者
電 話

在宅人工呼吸器使用患者支援事業を行うため、次により契約を締結したいので申し出する。

実施医療機関等の 名称及び所在地 (TEL)	
契 約 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
診 療 科 目	
保険医療機関等 コード	

* 1 診療科目欄について、訪問看護ステーションは「訪問看護」と記入してください。