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。