

(別紙2)

みなし指定に係る事業実施の意向確認書

年 月 日

佐賀県知事 殿

開設者住所 〒

氏名(フリガナ)

(法人にあつては名称及び代表者の職氏名)

事業実施の意向については、以下のとおりです。

病院 診療所 薬局	フリガナ		
	名称		
	医療機関・薬局コード		
	所在地〒		
	電話番号		FAX番号
管理者	職名	フリガナ	
		氏名	
メールアドレス (必須)			
みなし指定に係るサービスの種類		事業実施の意向 (実施するサービスに○を つけてください)	事業所名称
訪問看護(医科のみ)			
介護予防訪問看護(医科のみ)			
訪問リハビリテーション(医科のみ)			
介護予防訪問リハビリテーション(医科のみ)			
居宅療養管理指導(医科・歯科・薬局)			
介護予防居宅療養管理指導(医科・歯科・薬局)			
通所リハビリテーション(医科のみ)			
介護予防通所リハビリテーション(医科のみ)			

別紙1の(参考 提出書類一覧に記載している書類を提出してください。)