

在宅人工呼吸器使用患者支援事業登録申請書

ふりがな 患者氏名			性別 男・女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 - TEL ()				
発症年月	年 月	初診 年月日	年 月 日	保険種別	
指定難病 又は 特定疾患名			医療受給者証 又は 特定疾患受給者番号		
過去1年間の 訪問看護 状況及び実 施医療機関	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	住 所	〒 -		
		医療機関名			
医 師 名					
申 請 書 記 載 者 (代筆者)	氏 名			受給者との 続柄	
	住 所	〒 - TEL ()			
<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疾病対策課に送付され、個人情報 の保護のもと研究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 支援事業登録申請を行います。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印 (患者氏名)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>千葉県知事 様</p>					

注 申請者欄の氏名を自署する場合は、押印を省略することができる