

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 ( )				

私は、本事業による訪問看護の記録が厚生労働省に送付され、個人情報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。

申請者氏名  
(患者氏名)

年 月 日

千葉県知事 様