

令和 年 月 日

精神科医師定期的療養指導に関する届出書
(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

| | |
|--------|----------------|
| 1 事業所名 | |
| 2 異動区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |

| | | |
|-------|---|--|
| 担当医師名 | 1 | |
| | 2 | |
| | 3 | |
| | 4 | |

| | | | |
|----------|---|--------------------------|-----------|
| 療養指導について | 1 | 精神科を担当する医師による定期的な療養指導の回数 | ___回数 (月) |
| | | | |