

退 会 届

令和 年 月 日

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会会長 殿

施 設 名	(フリガナ)
施 設 所 在 地	〒 TEL FAX
開 設 法 人 名	(フリガナ)
開設法人所在地	〒 TEL FAX
開設法人代表者	
休止・廃止の別	休止 ・ 廃止 (いずれかに○をお付け下さい)
休止・廃止年月日	平成・令和 年 月 日 (休止の場合、再開予定日:令和 年 月 日)
休止・廃止理由 (該当する項目に○をお付け下さい)	1. 開設当初から利用者が少なく、経営維持が困難になったため 2. 利用者が減少し、経営維持が困難になったため 3. 訪問地域に他の訪問看護ステーションがあり、競争が激しいため 4. 従業者確保が困難になったため 5. 管理者が退職したため 6. 人員基準に満たなくなったため 7. 開設主体の経営方針のため 8. 病院・診療所の訪問看護に転換したため 9. 同一法人内の訪問看護ステーションと統合したため 10. 他方人の訪問看護ステーションと統合したため 11. 新しく別の訪問看護ステーションを立ち上げ、統合したため 12. その他 ()
上記のとおり退会を届出ます。 ステーション名 _____ 印 開設法人代表者 _____ 管理者 _____	