

様式 44 の 5 の 2

通院・在宅精神療法の注 8 又は注 9 に規定する加算の
施設基準に係る届出書添付書類

1 専任の精神保健福祉士の配置に関する要件

専任の精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 療養生活環境整備指導 <input type="checkbox"/> 療養生活継続支援
(氏名)

2 専任の看護師の配置に関する要件

専任の看護師（療養生活継続支援のみ）	備考
(氏名)	経験 年

[記載上の注意]

- 「2」の看護師については、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。