

활동지원급여 제공기록지(방문간호)

활동지원기관	기관명		활동지원기관번호		
수 급 자	성명		생년월일	활동지원등급	
	주소 (전화번호:)				
방문간호 지 시 서	의료기관명	발급일	유효기간	의사면허번호	방문 횟수 주 회
년 월 일	총 급여 제공 시간		간호사, 간호조무사 또는 치과위생사 성명	(인 또는 서명)	
	시 작			(인 또는 서명)	
	종 료		본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)	
특이사항					
년 월 일	총 급여 제공 시간		간호사, 간호조무사 또는 치과위생사 성명	(인 또는 서명)	
	시 작			(인 또는 서명)	
	종 료		본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)	
특이사항					
년 월 일	총 급여 제공 시간		간호사, 간호조무사 또는 치과위생사 성명	(인 또는 서명)	
	시 작			(인 또는 서명)	
	종 료		본인 또는 보호자 성명	(인 또는 서명)	
특이사항					