No.	法人名 （契約先）	訪問看護事業所名 ※千葉県内に住所を有する患者が 利用する可能性がある事業所を 御記入ください。	住所	訪問可能地域	受持以外の 訪問可否	連絡窓口 担当者	連絡先 （電話番号）	連絡先 （FAX番号）	連絡先 （メールアドレス）
例	○○商事	○○訪問看護ステーション	千葉市中央区市場町１－１	千葉市、習志野市、市原市の一部	○or×	千葉　太郎	043-223-2110	123-456-7890	aaa@bcdefg.jp