

(参考様式8)

関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携内容

サービスの種類	
事業所または施設名	
1 関係市町村との連携の内容	
2 他の保健医療及び福祉サービス提供主体との連携内容について	
3 その他参考事項	

備考 上記以外に必要な項目があれば、随時付け加えてください。