

年 月 日

産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書

1 事業者

事業者名	
所在地	
代表者氏名	

2 協力医療機関

医療機関名	
所在地	
代表者氏名	

3 協力確認欄

上記1の事業者が、香芝市産後ケア事業を開始後は、利用者の病変突発時等の緊急時の対応に協力いたします。

令和 年 月 日

(協力医療機関)

医療機関名

代表者氏名

印