

高槻市産後ケア宿泊型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、高槻市産後ケア宿泊型事業を開始後は、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)