

*****地域包括ケア事業への協力承諾書**

******* 医師会の「******地域包括ケア事業」への協力を承諾します。

事業所名 _____

住所 〒 _____

責任者名 _____ 印

担当者名 _____

担当者ご連絡先 (電話番号) _____
(FAX) _____

.....

上記にご記入の上*******医師会までFAX (xx-xxxx-xxxx) で返送してください。
ご担当の方に今後の進め方などの詳細をご連絡させていただきます。

問合せ： x x x x x x 地域包括ケア事務局

******* 医師会 (担当：XX) xx-xxxx-xxxx