（参考様式）

**関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
|  | |
| 連　携　の　内　容 | | |
| １　関係市町村との連携の内容  ２　保健医療サービスとの連携の内容  ３　他の福祉サービスとの連携の内容  ４　その他参考事項 | | |

様式は任意です。必要な項目があれば，上記項目に加えても差し支えありません。