

(参考様式10)

協力医療機関との契約の内容

事業所・施設名： _____

サービスの種類： _____

協力医療機関の名称	
所在地	
診療科名	
事業所・施設からの距離	km (徒歩 分、車 分)
契約の内容	

※ 「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でも結構です。