

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」
プロジェクト参加報告書

令和 年 月 日

一般社団法人 桑名医師会
桑名市在宅医療・介護連携支援推進協議会 会長 様

事業所名 _____

住 所 _____

代表者名 _____

担 当 者 _____

電話番号 _____

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」におけるプロジェクト参加について、下記のとおり報告します。

【プロジェクト】

参加事業所名	
参加事業所住所	
プロジェクト名	
内 容	

