

(様式 8-2)

関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容

事業所名	
サービス種類	

連携体制及び支援の体制の概要
<p>1 多様なサービスに結び付けるための連携・支援体制</p>
<p>2 サービス利用困難時、事故発生時、入退院時等の連携・支援体制</p>
<p>3 その他の参考事項</p>

- 備考 1 上の事項は例示であり、これにかかわらず保険医療・福祉サービス事業者等との連携支援体制の概要を具体的に記入してください。
- 2 連携内容が記載された契約書・協定書等がある場合は、その写しをもってこの様式に代えることができます。