協力医療機関との連携確認書

１　事業者

事業者名	
所在地	
代表者氏名	

２　協力医療機関

医療機関名	
所在地	
代表者氏名	

３　協力確認

上記２の協力医療機関に対して、寝屋川市産後ケア事業の受託中に発生した緊急時の対応に協力することの確認を行ったことを証明します。

事業者署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿