

年 月 日

長久手市長 殿

長久手市産後ケア事業の実施に係る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 協力確認欄

上記 1 の事業者が、長久手市産後ケア事業を開始後は、緊急時の対応に協力いたします。

年 月 日

(協力医療機関)

医療機関名

代表者氏名

(印)