|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ことう地域在宅療養連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） | ことう地域在宅療養連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） |
| ことう地域在宅療養連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） | ことう地域在宅療養連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） |
| ことう地域在宅療養支援連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） | ことう地域在宅療養支援連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） |
| ことう地域在宅療養支援連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） | ことう地域在宅療養支援連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） |
| ことう地域在宅療養支援連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） | ことう地域在宅療養支援連携シール（お薬手帳用）  介護サービス等については、下記までお問い合わせください   |  | | --- | | 担当ケアマネジャー等所属事業所名 | | （電話番号） |   （令和　　　年　　　月　　　　日　貼付） |