|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |