

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)

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

(令和 年 月 日 貼付)



担当ケアマネジャー等所属事業所名

(電話番号)