様式第７号（第11条関係）

市町村在宅医療連携体制支援事業専門家派遣実施報告書（被派遣者用）

第　　　号

　　年　　月　　日

　岩手県知事　あて

市町村在宅医療連携体制支援事業実施要綱第11条の規定により、下記のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣を受けた方の名称 |  |
| 実施日時 | 第１回　　　月　　日　　　時　　　～　　　時  第２回　　　月　　日　　　時　　　～　　　時  第３回　　　月　　日　　　時　　　～　　　時  第４回　　　月　　日　　　時　　　～　　　時 |
| 専門家氏名 |  |
| 専門家派遣の成果 | 助言を受けたことによる具体的な取組状況（転帰）  参考になった点  今後の支援（援助）方針など |
| ご意見・ご感想等 |  |