様式第８号（第13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計画書

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13条の規定により、下記のとおり報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 専門家氏名 |  | 専門家所属先 |  |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ | | |
| 派遣先 |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 実施予定日 | 予定している助言指導内容／期待される効果等 |
| 第２回 | 月　　日　　時　　～　　時 |  |
| 第３回 | 月　　日　　時　　～　　時 |  |
| 第４回 | 月　　日　　時　　～　　時 |  |
| 備　考 | 月　　日　　時　　～　　時 | |

※　派遣が１回で終了する場合は、提出不要であること。