様式第９号（第14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状況報告書（専門家用）

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14条の規定により、下記のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 専門家氏名 |  |
| 派遣を受けた方の名称 |  |
| 実施日時 | 月　　日　　　時　　　～　　　時 |
| 助言指導内容等 | 助言内容及び助言による具体的な取組予定（転帰）  今後の支援（援助）方針など |
| ご意見・ご感想等 |  |