様式第８号（第２関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

岩手県知事　様

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

所在地

名称

代表者名

連携する訪問看護ステーションについて

在宅医療推進設備整備費補助金の交付を受けようとする下記の訪問看護ステーションは、（在宅医療において積極的役割を担う医療機関）と連携する訪問看護ステーションであることを証明します。

記

　訪問看護ステーション

所在地

名称

代表者名