京都地域包括ケア推進機構事務局　宛

「**入退院支援における連携・協働の手引き」　発送希望票**

**申請者記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| 送付希望機関・団体名  あるいは個人氏名 | 機関・団体名 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）担当者名（　　　　　　様　） 担当者連絡先（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  個人氏名（　 　　　 　　　　　　 　様　） |
| 送付先住所 |  |
| 送付先電話番号 |  |
| 希望冊数 | 入退院支援における連携協働の手引き 　　　　　　　冊 |
| 希望する理由 |  |

　※在庫状況等によりご希望に添えない場合がございます。  
※発送まで一週間ほどお時間を頂戴致します。

　＜申込み・問い合わせ先＞

京都地域包括ケア推進機構

電話：０７５－８２２－３５６２

FAX ：０７５－８２２－３５７４　  
 Mail：info@kyoto-houkatucare.org

京都地域包括ケア推進機構記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認 | 受付 | 発送日 |
|  |  | 年  　　　月　　　日 |