

令和 年 月 日

回答用紙

函館市医療・介護連携推進協議会事務局 あて

T E L : 0 1 3 8 - 2 1 - 3 0 4 2

F A X : 0 1 3 8 - 2 6 - 5 9 3 6

M a i l : iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp

(1) 医療・介護・障がい福祉関係者間の連携に係るアンケート調査項目（案）
について

医療・介護・障がい福祉関係者間の連携に係るアンケート調査項目（案）について、御意見・御質問等がございましたら御記入ください。なお、特段の御意見がない場合は、原案のとおり進めることとします。

(ご意見等)

(2) 「地域BCPモデル事業」への参画について

「地域BCP事業」への本協議会の関与の在り方（案）について、御意見・御質問等がございましたら御記入ください。なお、特段の御意見がない場合は、原案のとおり進めることとします。

(ご意見等)

所属団体名		氏 名	
-------	--	-----	--

○令和8年8月20日（木）までに御返信いただけますと幸いです。