（参考様式第７号）

**関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |
| --- |
| 連携の概要 |
| １　関係市町村並びに他の保険医療・福祉サービスの提供主体との連携 |

備考　上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。