

薬局名 _____

出席薬剤師名 _____

日時： 年 月 日 () : ~ :

場所：

主催：

上記「サービス担当者会議」に参加したことを証明します。

年 月 日

介護支援事業所名 _____

住所 _____

担当ケアマネージャー _____ 印