地域医療連携に係る調整状況

　〇川崎市病院協会における当計画の報告状況

　【報告の有無】

　　　有　・　無

　【有の場合】

|  |  |
| --- | --- |
| 会議名及び開催日  ※複数ある場合は  　すべて記載 |  |
| 参加医療機関  からの意見 |  |
| 上記意見を踏まえた取組の方向性 |  |

【上記以外に地域医療連携に係る調整を行った場合】

|  |  |
| --- | --- |
| 調整状況 |  |