

協 力 医 療 機 関 承 諾 書

年 月 日

(宛先)
京都市子ども若者はぐくみ局長

所在地
名 称
代表者

京都市児童虐待未然防止に係る医療機関と子どもはぐくみ室及び京北出張所との連携における協力医療機関となることを承諾します。

記

協 力 医 療 機 関	
連絡窓口課(電話・F A X 番号)	連絡窓口課 : 電 話 : — F A X : —

協力医療機関記載事項変更届

年 月 日

(宛先)
京都市子ども若者はぐくみ局長

協力医療機関名
代表者名

京都市児童虐待未然防止に係る医療機関と子どもはぐくみ室及び京北出張所の連携機関一覧表の記載事項について、下記のとおり変更が生じたので、届け出ます。

記

変 更 前	変 更 後

連携終了届

年 月 日

(宛先)
京都市子ども若者はぐくみ局長

協力医療機関名
代表者名

京都市児童虐待未然防止に係る医療機関と子どもはぐくみ室及び京北出張所の連携については、下記の理由により終了しますので、届け出ます。

記