様式１

年　　　月　　　日

小平市教育委員会　御中

住所

保護者氏名

電話番号

医療的ケア実施依頼書

下記の児童・生徒の医療的ケアについて、実施を申し込みいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 | 小平市立 | |
| 学年・学級 | 年　　　　組　（　　　　　　学級） | |
| 児童・生徒氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 | |
| 医療的ケアの内容 |  | |
| 実施期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | |
| 主治医 | 氏名 |  |
| 医療機関名・科 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 緊急時搬送医療機関 | 医療機関名・科 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| その他(留意事項等) |  | |

※依頼内容に変更がある場合には、再度、実施依頼書の提出が必要です。