

医療的ケア児保育実施申請書

年 月 日

八幡市教育委員会教育長 様

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

保育施設における下記の児童の医療的ケアの実施について次のとおり申請します。

記

ふりがな 児童氏名		性別	
生年月日			
医療的ケアの内容			
医療機関名			
医療機関住所			
医療機関電話番号			
主治医			

私は、医療的ケア児保育の申請にあたり、疾病の状況や相談記録について、官公署等に調査確認されることに同意します。

署名 _____