

令和

年

月

日

県立つくば特別支援学校長 殿

部・学年

部

年

児童生徒氏名

保護者氏名

(自署)

医療的ケアの実施について（申請）

茨城県教育委員会医療的ケア支援事業実施要項の定めるところにより、医療的ケアを実施して下さるよう、下記のとおり申請します。

なお、下記の主治医と相談の上、申請したことを申し添えます。

また、医療的ケアにかかわる内容について、必要に応じて学校が主治医と連絡をとることについて同意いたします。

記

1 主治医名

(1) 病院名

(2) 主治医名

2 依頼する理由

3 依頼する医療的ケアの内容

4 健康狀態

5 主治医承諾の有無及び参考意見等

6 その他