様式１

新規　　・　　継続　　・　　変更

（○で囲む）

　　年　　月　　日

府中市教育委員会

住　　　所

保護者氏名

電話番号

医療的ケア実施依頼書

下記児童・生徒の医療的ケアについて実施を依頼します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 府中市立　　　　　学校 | 学年・学級 |  |
| 児童・生徒氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 依頼する医療的ケアの内容 |  |
| 実施期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 主治医について | 氏　名 |  |
| 病院名・科 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 緊急時搬送医療機関 | 病院名・科 |  |
| 住　所 |  |
| 電話番号 |  |
| その他留意事項 |  |

※　依頼内容に変更がある場合及び年度更新に当たっては、再度、実施依頼書の提出が必要です。