

(様式1)

医 療 的 ケ ア 実 施 申 請 書

年 月 日

福岡市教育委員会
発達教育センター 所長 様

保護者氏名 印

福岡市立小中学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱又は福岡市立特別支援学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱の定めるところにより、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

記

- 1 児童生徒
学年 氏名
(在学中・入学予定)
- 2 理 由
- 3 実施を依頼する医療的ケアの内容・範囲, 手技
- 4 健康状態・定期的受診の状況