

年 月 日

課長 様

申請者住所：

保護者氏名：

連絡先電話番号：

医療的ケア実施取下書

練馬区立 において、医療的ケアの実施を下記のとおり取り下げます。
また、児童の状況に関して、区が保護者を通じて主治医の意見を求める場合があることに
同意します。

記

児童氏名		生年月日	年 月 日
施設名			
医療的ケアの 種類			
医療的ケア 実施終了日	年 月 日		
取下理由			

