

保護者記入

第1号様式

年 月 日

練馬区教育委員会事務局
教育福祉課長 様

申請者住所：_____

保護者氏名：_____

連絡先電話番号：_____

医療的ケア実施申請書 【新規・継続・変更】

練馬区立_____学校において、医療的ケアの実施を下記のとおり申請いたします。なお、医療的ケアの実施に向けての手續に利用する場合に限り、区が利用者本人の個人情報の利用ならびに主治医等への情報提供や問い合わせを行うことに同意します。また、別紙の同意事項については、承諾いたしました。

記

1 医療的ケアの実施を申請する児童・生徒について

氏名（ふりがな） 性別	男 ・ 女		
生年月日	年	月	日
主たる疾患			
申請先施設名	練馬区立	学校	

2 申請理由

3 申請する医療的ケアの内容

裏面もご記入ください。



4 主治医について

医師名	
医療機関名	(科)
住所	
電話番号	

5 緊急時の対応について

(搬送の目安／対応処置／緊急搬送先等)
