

医療的ケア実施承諾書

(施設名)

(代表者名)

様

保護者氏名 (自署) _____

下記の子どもについて、医療的ケアの実施内容について承諾しました。
つきましては、医療的ケア実施通知書等に定められた内容に沿って、医療的ケアを実施
いただきますよう依頼します。

記

児 童 名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	児 童 生年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
-------	--	--	-------------	---