様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

彦根市教育委員会　様

住所

申請者(保護者)

(自署または記名押印)

彦根市医療的ケア事業利用申請書(新規・継続・変更)

医療的ケア事業の利用について、下記のとおり申請します。

なお、医療的ケア事業の利用に関し、彦根市教育委員会が、当該児童生徒の個人情報を利用し、ならびに主治医等への情報提供および問合せを行うことに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童生徒の氏名 |  | 性別 |  |
| 児童生徒の生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 医療的ケアの実施を希望する学校 | 彦根市立　　　　　　　　　学校 | | |
| 医療的ケアの内容 |  | | |
| 緊急時の連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 主治医の情報 | 氏名  医療機関名  診療科名 | | |