

(様式3)

第 年 月 日 号

(保 護 者 宛)

学 校 長 印

医療的ケア決定通知書

年 月 日付けで申請のありました医療的ケア実施について、下記のとおり決定いたしましたのでお知らせします。

記

1 部 年 幼児児童生徒氏名

2 医療的ケアの内容と範囲

医療的ケア指示書（様式2-1） による。

3 医療的ケア実施の期間

年 月 日より 年 月 日まで

4 その他

保護者は、毎日、緊急連絡先及びお子さまの健康状態等を連絡帳等で学校にお知らせください。