

医療的ケア実施終了届

(宛先) 茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

記入日 年 月 日

保護者氏名

電話番号

貴園に通園する児童に対して、保育所等での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、
保育所等での医療的ケアを終了することを届け出ます。

1 対象児童

(フリガナ) 氏名		生年 月日	年 月 日
住所			
実施終了日	年 月 日をもって医療的ケアを終了します		

2 医療的ケアに関する主治医の意見書兼指示書（別紙）