

年 月 日

和光市長 様

医療的ケア実施終了届

届出者

保護者住所

保護者氏名

以下の児童について、保育所での医療的ケアの実施が不要となりましたので届け出ます。

記

1 対象児童

フリガナ 児 童 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
保 育 所 名			

2 終了する医療的ケア（該当する医療的ケアに☑（チェック）してください。）

- ☐ たんの吸引
- ☐ 経管栄養
- ☐ 酸素吸入
- ☐ その他（)

3 主治医について

医 療 機 関 名	
診療科・主治医	科
主治医より終了にあたっての留意事項	