

令和 年 月 日

東京都立 永福学園校長 殿

保護者氏名 _____

保護者代理人選任届及び利用申請書

標記の件について、医療的ケア児の保護者付添いにおける保護者代理人の利用に関する規程に基づき、下記のとおり保護者代理人を選任し、保護者代理人の利用を申請いたします。

記

1 医療的ケア申請 児童・生徒

学部（課程）・学年 _____部（課程） _____年

氏 名 _____

2 保護者代理人

氏 名 _____

電話番号 _____

該当する資格等（いずれかに○を付ける。）

<input type="checkbox"/>	医療的ケア児の成年の家族
<input type="checkbox"/>	医師免許証又は看護師免許
<input type="checkbox"/>	認定特定行為業務従事者認定証

所属先の名称（医療的ケア児の成年の家族は記入不要）

所属先の電話番号（医療的ケア児の成年の家族は記入不要）

選任履歴（いずれかに○を付ける。）

新規 継続（2年目以上）

3 保護者代理人による付添いを希望する期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

※ 上記期間内に、保護者が自ら付添いを行う日がある場合は、事前に学校にお申し出ください。

4 保護者代理人による付添いを希望する場所（該当するものに○を付ける。）

	校内
	専用通学車両内（肢体不自由特別支援学校のみ）
	校外（専用通学車両内を除く。） ※ 行事名等を具体的に記入してください。 ()

5 保護者代理人に実施を依頼する医療的ケア等の内容

--