令和　　年度千葉県立特別支援学校　医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業

同意書（看護師等）

令和○○年○○月○○日

千葉県教育委員会教育長　様

住所

事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 代表者名

保護者から依頼のあった「医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業」に係る協力に同意します。

１　学校名、学部及び学年

千葉県立　　　　　　　　　　　特別支援学校

　　　　　　　　部第　　　　　　　学年

２　対象者氏名（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　）

令和　　年度千葉県立特別支援学校　医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業

見積書（看護師等）

令和○○年○○月〇〇日

千葉県教育委員会教育長　様

住所

事業者名

代表者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本件責任者

担当者

電話番号

メールアドレス

・対象者在籍校：

・対象者氏名：

・本業務すべての実施日における自宅等での訪問看護業務：□　有　□　無

下記の通り見積りいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 一回当たりの単価 | 摘要 |
| 人件費（通信費等を含む） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | 看護師が当業務に要する時間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　分 |
| 交通費 | 　　　　　　　　　円 | （ア）事業所－自宅等　　　　　　　　　　円　　　　移動手段： |
| 1. 対象校－事業所（自宅等）

　　　　　　　　　　円　　　　移動手段： |
| **合計金額** | 　　　　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

（※消費税及び地方消費税相当額込）