

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）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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）

(_____)
