

様式2

医療的ケア児通学支援事業利用希望事業者届

医療的ケア児通学支援事業を利用した通学については、以下の事業者の利用を希望します。

については、各事業者に、本事業遂行の上で必要な個人情報の提供に同意します。

記

訪問看護等事業者

事業者名	
住所	
電話番号	(担当者：)

福祉タクシー等事業者 (□訪問看護事業者と同じ)

事業者名	
住所	
電話番号	(担当者：)

年 月 日

群馬県立

校長 様

(学部・学年)

(児童生徒名)

(保護者等名)