

医療的ケア終了届

次の児童は、保育所等での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育所等での医療的ケアを終了することを届けます。

また、この医療的ケアの終了に係る診断について、千歳市から主治医等へ確認することについて同意します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
児童名		性別	男 ・ 女
保育所等			

千歳市長 様

年 月 日

保護者署名

住所 〒

電話番号