

年 月 日

_____保育園施設長 様

保護者氏名：_____

医療的ケア終了届

貴園に通園する児童について、保育園等での医療的ケアの実施が不要となりましたので、医療的ケア終了届を提出します。

1、対象児童

ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日
児童名				
住所				
電話番号				

2、医療的ケアに関する主治医の意見書（別紙）