

(様式4)

承 諾 書

年 月 日

(学 校 長 宛)

学部・学年
幼児児童生徒氏名
保護者氏名

印

年 月 日付け 第 号で決定通知のありました医療的ケアの内容・範囲、

実施期間等について承諾します。