関係機関用

令和　　年　　月　　日

申　込　書

下記により、秋田県医療的ケア児支援センター『コラソン』による支援を申込みます。

1　申込内容

□保育所等入園　　□就学・教育　　□在宅生活　　□医療的ケアの手技
□支援体制整備（ガイドライン・災害時対策・環境整備・その他）
□講師依頼　　□会議等への参加
□その他（　　）

上記申込について、具体的な内容をご記載ください。

（　　）

2　対象児童

氏名（ふりがな）	（　　）	性別　　男・女
生年月日　年齢	平成・令和　　年　　月　　日生まれ　（　　歳）	
お住いの市町村		
医療的ケアの状態	□人工呼吸器管理　　□気管切開の管理　　□酸素療法 □吸引　□経管栄養　□中心静脈カテーテルの管理 □導尿　□消化管ストーマ □その他（　　）	

3　申込者

機関名	
電話番号	
E-mail アドレス	
担当者　職氏名	

4　個人情報の取り扱い

別紙の『個人情報取り扱い同意書』に対象児童の保護者からご署名いただき、申込書に添付してください。

『コラソン』記載欄