秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」

訪問サポート申込書

申込年月日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者（職種） | （　　　　　　　） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| e-mail |  |

申込機関

対象児童

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 電話番号 | （児童との関係：　　　　　） | | |

サポートして欲しい内容

確認事項（チェックボックスに☑を入れてください）

１．訪問サポートの際には、記録のため動画や写真の撮影を行います

□撮影に関して了解しました

２．『秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」における個人情報取り扱い同意書』に署名をもらい添付してください

□家族に説明を行い署名いただきましたので添付します

|  |
| --- |
| コラソン事務処理欄  申込受付：　　月　　日  訪問担当者： |

※すでにコラソンで同意書をとっている場合は、ご家族に説明を行い、了解を得てからお申し込みください