　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

**関係機関用**

**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