（様式第８号）

医 療 的 ケ ア 終 了 届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

岩手県立　　　　　　　学校

　 　　　校　長　 　 　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童生徒等氏名

令和　　年　　月　　日付けで指定され、医療的ケア看護職員により受けていました医療的ケアについて、下記により終了します（しました）ので届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１ 終了期日

令和 年 月 日

２ 終了理由