

年 月 日

医療的ケア実施承諾書

宇部市長 様

保護者氏名（自署）

年 月 日付けの医療的ケア実施通知書の内容について承諾しました。
また、医療的ケアの実施に当たり、関係機関における情報共有が行われることに同意します。