【様式６－２】市町村教育委員会

（文書番号）

平成　　年　　月　　日

○○消防長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村教育委員会名

エピペン®が処方されている児童生徒の緊急時の連携について（依頼）（例）

　下記の内容について、緊急時の対応にご配慮いただきますようお願いいたします。

記

　　　　□エピペン®を処方されている児童生徒が在籍する学校　　平成○年○月○日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 学年 | 年齢 | 性別 | アレルギー疾患の原因等食物、食物依存性運動誘発アナフィラキシー運動誘発アナフィラキシー、昆虫、医薬品、その他 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

問合せ先

○○市教育委員会○○課

　担当者氏名：

　電　　　話：

Ｆ　Ａ　Ｘ：