令和７年度　巡回看護師派遣申請書

様式１（申請書）

令和　年　月　日

高知県教育委員会事務局

　　　特別支援教育課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　教育委員会教育長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　公　印　省　略　）

下記のとおり、巡回看護師派遣を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 |  | |
| 担当者 | 職名・氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 相談形態 | ☐派遣相談　☐オンライン相談 | |
| 派遣相談  希望日時 | 第１候補 | 令和　年　月　日（　）  ☐午前・☐午後　時　分から☐午前・☐午後　時　分まで |
| 第２候補 | 令和　年　月　日（　）  ☐午前・☐午後　時　分から☐午前・☐午後　時　分まで |
| 第３候補 | 令和　年　月　日（　）  ☐午前・☐午後　時　分から☐午前・☐午後　時　分まで |
| 指導・助言を受けたい項目に✓をお願いします。（複数可）  ☐医療的ケア児の教育環境を充実させるための多職種連携について  ☐学校での看護師の業務整理について  ☐学校での看護の専門性について  ☐医師との連携方法や医師に確認すべき内容について  ☐医療的ケア児の受け入れに向けた体制整備について  ☐その他（下の欄に記載ください） | | |

※派遣日については申請後、特別支援教育課が巡回看護師と調整し決定します。変更をお願

いする必要が生じた場合は、特別支援教育課から連絡します。

※派遣日が決定しましたら、特別支援教育課から決定通知を送付します。