令和７年度　巡回看護師派遣報告書

様式１（申請書）

様式３（報告書）

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、巡回看護師派遣について報告します。

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 |
| 実施日時 | 令和　年　月　日（　）☐午前・☐午後　時　分から☐午前・☐午後　時　分まで |
| 派遣内容 | 指導・助言を受けた項目に✓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） |
| 所　感 |  |

Ａ４一枚で収めてください。