

富山市医療的ケア児支援に係る看護師派遣事業変更（廃止）申請書

(宛先) 富 山 市 長

(申請者)

住所

事業所名

代表者職氏名

連絡先

次のとおり、富山市医療的ケア児支援に係る看護師派遣事業の変更（廃止）を申請します。

対象児童	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所			
	保護者氏名		保護者連絡先	
決定されている利用期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
変更内容	変更前			
	変更後			
変更（廃止）理由				
備考				

(同意書)

私は _____ が、富山市医療的ケア児支援に係る看護師派遣事業を利用すること及び対象児童の病状、私（保護者）と私の家族の世帯状況や連絡先等の個人情報について、事業の実施に必要なときは、必要最小限度の範囲において使用することに同意します。

年 月 日 住 所

氏 名

連絡先