（様式第２号）

主　治　医　の　承　諾　書

私が診療している下記の者に関し、保護者が学校で行ってきた、又は行うことになる下記の医療的ケアについて、学校で担当医療的ケア看護職員に当該行為を行わせることについて承諾します。

令和　　年　　月　　日

岩手県立　　　　　　　学校長 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　患者氏名

２　医療的ケアの種類・内容