（様式第４号）

令和 年 月 日

申請者　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 岩手県立 学校

　　 校 長

　令和　 年 　月　　日付けで申請のありました令和　年度岩手県立学校医療的ケア体制整備事業の対象児童生徒等の指定については、 下記のとおり決定いたしましたので通知いたします。

記

１　対象児童生徒等氏名

２　医療的ケアの種類・内容　　　 　

３　医療的ケアの実施期間

　　　　　　令和　　年　　月　　日から　　令和　　年　　月　　日まで