|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （別紙１）  令和３年度　医療的サポート推進事業実施計画書 | 作成者 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 | 県立　　　　　　特別支援学校 | 校長名 |  |
| １　医療的ケア安全委員会（医療的サポート推進委員会）の組織 | | | |
| ２　医療的ケア安全委員会（医療的サポート推進委員会）の開催計画 | | | |
| ３　医療的ケア指導医の派遣業務委託先医療機関等名  (1) 機　関　名  (2) 代表者名  (3) 所　在　地  (4) 電話番号  (5) FAX番号 | | | |
| ４　医療的ケア指導医の派遣計画 | | | |
| ５　看護師の看護行為計画   1. 看護師名 2. 実施内容等  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 学部 | 人数 | 看　護　行　為　実　施　内　容 | | 幼稚部 | 人 |  | | 小学部 | 人 |  | | 中学部 | 人 |  | | 高等部 | 人 |  | | | | |

※ この他、別添のExcel様式で「６　看護師に関する経費」及び「７　医療的ケア指導医に関する経費」がある。看護師に関する経費は、１名ずつ記入すること。