|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （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。