様式第７号（第１０条関係）

　都城市長　宛て

医療的ケア終了届

　このことについて、下記のとおり保育所等における医療的ケアの終了を希望します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住所 | 都城市 |
| 終了予定日 | 年　　　　月　　　　日 |

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

保護者氏名

※署名又は記名押印

電話番号　　　　　　　　　　　　　(続柄)