

医療的ケア実施(変更)届

年 月 日

鹿児島市長

所在地

設置主体名

代表者職氏名

医療的ケア対象児童に対する医療的ケア対応保育教育の実施及び看護職の雇用状況について次のとおり届け出ます。

施設名	
-----	--

医療的ケアを担当する職員			
職 種	職員氏名	勤務状況	
看護師 保健師または助産師 准看護師 訪問看護師	(登録番号:)	勤務開始年月日	年 月 日
		所定労働時間	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4)	日/月
		変更 ()・退職	
看護師 保健師または助産師 准看護師 訪問看護師	(登録番号:)	勤務開始年月日	年 月 日
		所定労働時間	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4)	日/月
		変更 ()・退職	
看護師 保健師または助産師 准看護師 訪問看護師	(登録番号:)	勤務開始年月日	年 月 日
		所定労働時間	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4)	日/月
		変更 ()・退職	
看護師 保健師または助産師 准看護師 訪問看護師	(登録番号:)	勤務開始年月日	年 月 日
		所定労働時間	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4)	日/月
		変更 ()・退職	
看護師 保健師または助産師 准看護師 訪問看護師	(登録番号:)	勤務開始年月日	年 月 日
		所定労働時間	時間/日
		1か月あたりの勤務日数 (又は週の勤務日数×4)	日/月
		変更 ()・退職	

注1「職員氏名」欄に、その職種に係る資格の登録番号を記載すること(資格証の写しの添付でも可)。

注2 変更の場合は()内に変更内容を明記すること。

施設・事業所 市役所