

高槻市立小中学校特別支援教育支援員 登録申込書

医療的ケア活動支援員

令和 年 月 日

(写真貼付)	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日		年齢	満 歳
	住 所	〒		
	電話番号	*連絡可能な時間 ()		

最終学歴及び職歴	
年 月	
年 月	
年 月	

資 格 等	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

申込みの動機、特技及び得意な学科など

以下の医療行為で可能なものに○をつけてください。

喀痰吸引 経管栄養（胃・鼻） 在宅酸素療法 導尿

人工呼吸器管理 インスリン注射 気管切開管理

① 通勤方法 ア.徒歩 イ.自転車 ウ.電動自転車 エ.その他 ()

② 勤務できない曜日 () 曜日・週 () 日勤務希望

③ その他(家族や親戚等が高槻市立小中学校に通っている場合等は記入してください。)

※医療的ケア支援員を希望する方は看護師免許証または准看護師免許証の写しを提出してください。