

大村聖母幼稚園園長殿

依頼日：令和 年 月 日

投薬依頼書

下記の園児については、医師と相談の結果、その指示により、やむを得ず園での保育時間中における投薬が必要となりました。つきましては、保護者の責任において、園での園児に対する投薬を下記にしたがって依頼します。

保護者氏名 _____ 印

ふりがな 園児名		クラス名	
医療機関名		担当医師	
		電話番号	
病名			
薬の種別		投薬者	
内服薬：1 薬名： ()	服用時間： 食前・食間・食後 分 服用方法： そのまま・水で溶く 備考：		
内服薬：2 薬名 ()	服用時間： 食前・食間・食後 分 服用方法： そのまま・水で溶く 備考：		
その他			

- <注意事項>・上記事項に関して園では、一切の責任を負いませんのでご了承ください。
・この用紙は各自コピーをしてご使用ください。