

<保護者様記入>

万博れんげ保育園園長 宛

年 月 日

与薬依頼書

申込者 住所

氏名

対象児童の続柄

次のとおり、万博れんげ保育園での与薬の実施を依頼します。

なお、実施にあたって付される条件について遵守します。

対象児童	フリガナ 氏名	年 月 日生 (歳)		
		性別	男	女
病院 (医院) 名				
処方年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
薬剤名			一回量	
与薬時間・ 与薬指示内容				
外用薬使用方法				
その他				

※記入漏れがる場合は、与薬することが出来ませんので、ご注意下さい。

※薬の袋や容器には、必ずクラス名と児童名をご記入下さい。

※一薬剤につき一枚のご記入をお願いします

【園記入欄】

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	

受取日時	年 / :
受取者サイン	
与薬日時	年 / :
与薬者サイン	
保護者確認サイン	