

与薬依頼書 (共愛幼稚園)

園児名	クラス ()		
与薬日	年	月	日 ()
与薬時間	食前	食後	その他 ()
保管場所	常温	冷暗	その他 ()
薬の種類	粉薬 ()	塗り薬	その他 ()

医師の診断に基づき、保護者の責任のもと、園での与薬をお願いします。
薬は1日ずつでお願いします。まとめてはお預かりできません。
原則として、解熱剤・座薬・市販の薬はお預かりできません。

保護者名 _____ 印

与薬依頼書 (共愛幼稚園)

園児名	クラス ()		
与薬日	年	月	日 ()
与薬時間	食前	食後	その他 ()
保管場所	常温	冷暗	その他 ()
薬の種類	粉薬 ()	塗り薬	その他 ()

医師の診断に基づき、保護者の責任のもと、園での与薬をお願いします。
薬は1日ずつでお願いします。まとめてはお預かりできません。
原則として、解熱剤・座薬・市販の薬はお預かりできません。

保護者名 _____ 印

与薬依頼書 (共愛幼稚園)

園児名	クラス ()		
与薬日	年	月	日 ()
与薬時間	食前	食後	その他 ()
保管場所	常温	冷暗	その他 ()
薬の種類	粉薬 ()	塗り薬	その他 ()

医師の診断に基づき、保護者の責任のもと、園での与薬をお願いします。
薬は1日ずつでお願いします。まとめてはお預かりできません。
原則として、解熱剤・座薬・市販の薬はお預かりできません。

保護者名 _____ 印

与薬依頼書 (共愛幼稚園)

園児名	クラス ()		
与薬日	年	月	日 ()
与薬時間	食前	食後	その他 ()
保管場所	常温	冷暗	その他 ()
薬の種類	粉薬 ()	塗り薬	その他 ()

医師の診断に基づき、保護者の責任のもと、園での与薬をお願いします。
薬は1日ずつでお願いします。まとめてはお預かりできません。
原則として、解熱剤・座薬・市販の薬はお預かりできません。

保護者名 _____ 印