与　薬　依　頼　書

平成　　年　　月　　日

		薬の内容	薬の形状
与薬を希望する児童の氏名		・下痢止め ・咳止め ・抗生物質 ・風邪薬 ・その他	・粉薬 ・シロップ ・錠剤 ・塗り薬 ・その他
症状又は診断名			
服用及び塗薬時間帯の指示	食前　食後　食間 その他〔　　〕	〔　　〕	〔　　〕

保護者氏名　（フルネームで署名いただいた場合には押印は無くても構いません）

上記の薬を保護者に代わり当該児に対し与薬することを依頼します。この依頼書に基づいた与薬に対し、園に責任を問うことはありません。

㊞

※間違いを避けるため、薬の袋に記名した上で1回分づつ持たせてください

※上記の記載に不備があり、ＴＥＬ等においても保護者の確認が取れない場合等には与薬できないことがあります。

認定こども園　新切保育園

	与薬した担当者名	与薬した時間	備　考
園の確認欄		午前 午後　　時　　分	

与　薬　依　頼　書

平成　　年　　月　　日

		薬の内容	薬の形状
与薬を希望する児童の氏名		・下痢止め ・咳止め ・抗生物質 ・風邪薬 ・その他	・粉薬 ・シロップ ・錠剤 ・塗り薬 ・その他
症状又は診断名			
服用及び塗薬時間帯の指示	食前　食後　食間 その他〔　　〕	〔　　〕	〔　　〕

保護者氏名　（フルネームで署名いただいた場合には押印は無くても構いません）

上記の薬を保護者に代わり当該児に対し与薬することを依頼します。この依頼書に基づいた与薬に対し、園に責任を問うことはありません。

㊞

※間違いを避けるため、薬の袋に記名した上で1回分づつ持たせてください

※上記の記載に不備があり、ＴＥＬ等においても保護者の確認が取れない場合等には与薬できないことがあります。

認定こども園　新切保育園

	与薬した担当者名	与薬した時間	備　考
園の確認欄		午前 午後　　時　　分	