

〈保護者用〉

与薬申請書

共愛学園こども園 園長 様 平成 年 月 日

保護者名			
		印 児童との続柄 ()	
児童名	生年月日 年 月 日		
住所	(歳 か月)		
Tel () -	性別 男 ・ 女		
別添指示書に基づき保育時間中の与薬を申請いたします。			
①与薬期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
②与薬時間 午前・午後 時 分			
③与薬の種類 シロップ・粉・その他 ()			
④1回量の指示 (シロップ ml)			
⑤その他の注意事項			
保育施設記載	受領者サイン		保管時 月 日 時 分
	与薬日時	実施状況	与薬者サイン

--	--	--	--