

# お薬投与依頼書

令和 年 月 日

クラス

氏名

病名

医院名

TEL

症状および薬品名

投薬期間

用法

保育園での内服時間

上記、内服を依頼します。

保護者サイン

投薬者サイン

St.Marian Nursery School

# Medicine dispense request

/ /

Class

Name

The name of disease

The name of hospital

Tel

The condition of an illness and the name of medicine

Prescribe period:

How to give the medicine:

When:

I request you to give the medicine

Signature of parents

Signature of teacher

