

認定こども園 かもいようちえん 投薬依頼書

園児名	組 氏名
投薬依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日
投薬時間	食前 食後 その他 ()
投与数	袋 錠
処方医療機関	
その他留意点 連絡事項	

認定こども園 かもいようちえん 園長殿

医師処方の指示に従い、登園中の投薬を保護者に替わって行うことを署名捺印して依頼いたします。
 なお、投薬に関する責任は保護者が負うことに同意いたします。

依頼日 年 月 日 保護者名 _____ 印

認定こども園 かもいようちえん 投薬依頼書

園児名	組 氏名
投薬依頼期間	年 月 日 ~ 年 月 日
投薬時間	食前 食後 その他 ()
投与数	袋 錠
処方医療機関	
その他留意点 連絡事項	

認定こども園 かもいようちえん 園長殿

医師処方の指示に従い、登園中の投薬を保護者に替わって行うことを署名捺印して依頼いたします。
 なお、投薬に関する責任は保護者が負うことに同意いたします。

依頼日 年 月 日 保護者名 _____ 印