	医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示 がありましたのでお願い致します。									
記 * 必要なものは〇で囲んでください。										
クラス名			児童名							
病院名	医院(病院) 保護者名						_			
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他(
薬の種類	粉薬・水薬・その他 (
投薬方法	食前・食間(時間:)・食後・その他()			
服用日	月					В				
特記事項										
受付保育者名:										
こども園欄		投薬者名:			時間:					
		•								

薬 の 依 頼 書

認定こども園元気の泉 園長様

令和

年 月

 \Box

	薬	のな	東	書						
			令和	年	月	В				
認定こど	も園元気の泉	園長様								
医師の診察を受けたところ、下記のとおり指示 がありましたのでお願い致します。										
記										
* 必要なものは〇で囲んでください。										
クラス名		児童名								
病院名										
薬の用途	風邪・咳・下痢止め・中耳炎・その他(
薬の種類	粉薬・水薬・その他 (
投薬方法	食前・食間(時間:)・食後・その他(
服用日		月		В						

受付保育者名:

特記事項

こども園欄 投薬者名:

時間: