

平成 年 月

## 与薬依頼書(外用薬等)

水落保育園

クラス名

園児名

保護者名

病院名(主治医)

病院の電話番号

病名(症状)

処方日 年 月 日

外用薬/1日( 回)(部分・その他 )

点眼薬/1日( 回)

与薬時間/ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

受領者

\*当依頼書は、保護者が保育園に対し保護者に代わって与薬希望するものです。  
\*市販の内服薬は与薬できません。

平成 年 月

## 与薬依頼書(外用薬等)

水落保育園

クラス名

園児名

保護者名

病院名(主治医)

病院の電話番号

病名(症状)

処方日 年 月 日

外用薬/1日( 回)(部分・その他 )

点眼薬/1日( 回)

与薬時間/ 食前 ・ 食後 ・ 食間 ・ その他

受領者

\*当依頼書は、保護者が保育園に対し保護者に代わって与薬希望するものです。  
\*市販の内服薬は与薬できません。