投薬	依	頓書	(1	回分)	
	110	77. E	٠.	- L	

フォルテ認定こども園 園長 様

依頼日 年 月 日

保護者名 EΠ

クラス名		園児名						
医療機関名				処方日	年	月	日	
病名•症状				服用期間			E	分
薬の種類	・内服薬(粉 ・塗り薬 ・目薬 ・その他(個・ シロップ	個	薬の内容 咳・ 整腸剤 吐き気』	♪水 ・下:	• 抗	生剤	- 0)
服用時間	•食前	•食後		その他()

- ※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
- ※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】

薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。

受領者

解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。

投薬者

投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様

依頼日

年 月 日

保護者名_____

クラス名		園児名						
医療機関名				処方日	年	月	日	
病名•症状				服用期間	ij		日	分
薬の種類	・内服薬(粉 ・塗り薬 ・目薬 ・その他(個・ シロップ	個	薬の内容 咳・ 整腸剤 吐き気	鼻水 •下	• 抗	生剤	0)
服用時間	•食前	•食後		その他	()

- ※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
- ※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】

薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。

・解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。

受領者 投薬者 投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様

依頼日 年 月 日

保護者名 EΠ

クラス名		園児名						
医療機関名				処方日	年	月	日	
病名·症状				服用期間]		Е	分
薬の種類	・内服薬(粉 ・塗り薬 ・目薬 ・その他(個・ シロップ	個	薬の内容 咳・ 整腸剤 吐き気	鼻水 • 下	• 抗	生剤	- (O)
服用時間	•食前	·食後		その他	()

- ※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
- ※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】

薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。

受領者

解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。

投薬者

投薬依頼書(1回分)

フォルテ認定こども園 園長 様

依頼日 年 月 日

保護者名

クラス名		園児名						
医療機関名				処方日	年	月	日	
病名·症状				服用期間	ij		E	分
薬の種類	・内服薬(粉 ・塗り薬 ・目薬 ・その他(個・シロップ	個	薬の内容 咳 整腸剤 吐き気	鼻水 •下	• 抗	生剤	<u>-(O</u>
服用時間	•食前	•食後		その他	()

- ※保護者の署名捺印のない依頼書は、投薬できません。
- ※手渡しでないお薬は、服用させることができません。

【注意事項】

- 薬を入れた容器や袋には必ず園児名を記載してください。
- 投薬者

受領者

・解熱剤、坐薬、市販の薬は投薬できません。