

久峰保育学園園長殿

投 薬 願 い

ご記入のうえ、保育士にお薬と一緒に渡し下さい。

クラス 園児氏名 年 月 日生 歳

投薬理由 (病名)

お薬の成分表添付またはお薬名……成分表を添付して下さい。

※処方された日 年 月 日

投薬時間 (1日目) (/ /) (2日目) (/ /)

・自 宅では 時 分頃 ・自 宅では 時 分頃

・保育園では 時 分頃 ・保育園では 時 分頃

預ける薬の種類 (・粉 ・シロップ ・錠剤 ・塗布) × () 袋

投薬指示医院 (医師)

() 医院 (病院) () 市・町

上記のとおり投薬をお願い致します。

但し、投薬による副作用等の症状につきましては、貴園への責任は一切問いません。

令和 年 月 日

保護者氏名 @

Table with 5 columns: 受付, 担任, 主任, 副園長, 園長

1 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

2 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

※この用紙は必要な時に、保育士にお申し付けください。

久峰保育学園園長殿

投 薬 願 い

ご記入のうえ、保育士にお薬と一緒に渡し下さい。

クラス 園児氏名 年 月 日生 歳

投薬理由 (病名)

お薬の成分表添付またはお薬名……成分表を添付して下さい。

※処方された日 年 月 日

投薬時間 (1日目) (/ /) (2日目) (/ /)

・自 宅では 時 分頃 ・自 宅では 時 分頃

・保育園では 時 分頃 ・保育園では 時 分頃

預ける薬の種類 (・粉 ・シロップ ・錠剤 ・塗布) × () 袋

投薬指示医院 (医師)

() 医院 (病院) () 市・町

上記のとおり投薬をお願い致します。

但し、投薬による副作用等の症状につきましては、貴園への責任は一切問いません。

令和 年 月 日

保護者氏名 @

Table with 5 columns: 受付, 担任, 主任, 副園長, 園長

1 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

2 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

※この用紙は必要な時に、保育士にお申し付けください。

久峰保育学園園長殿

投 薬 願 い

ご記入のうえ、保育士にお薬と一緒に渡し下さい。

クラス 園児氏名 年 月 日生 歳

投薬理由 (病名)

お薬の成分表添付またはお薬名……成分表を添付して下さい。

※処方された日 年 月 日

投薬時間 (1日目) (/ /) (2日目) (/ /)

・自 宅では 時 分頃 ・自 宅では 時 分頃

・保育園では 時 分頃 ・保育園では 時 分頃

預ける薬の種類 (・粉 ・シロップ ・錠剤 ・塗布) × () 袋

投薬指示医院 (医師)

() 医院 (病院) () 市・町

上記のとおり投薬をお願い致します。

但し、投薬による副作用等の症状につきましては、貴園への責任は一切問いません。

令和 年 月 日

保護者氏名 @

Table with 5 columns: 受付, 担任, 主任, 副園長, 園長

1 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

2 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

※この用紙は必要な時に、保育士にお申し付けください。

久峰保育学園園長殿

投 薬 願 い

ご記入のうえ、保育士にお薬と一緒に渡し下さい。

クラス 園児氏名 年 月 日生 歳

投薬理由 (病名)

お薬の成分表添付またはお薬名……成分表を添付して下さい。

※処方された日 年 月 日

投薬時間 (1日目) (/ /) (2日目) (/ /)

・自 宅では 時 分頃 ・自 宅では 時 分頃

・保育園では 時 分頃 ・保育園では 時 分頃

預ける薬の種類 (・粉 ・シロップ ・錠剤 ・塗布) × () 袋

投薬指示医院 (医師)

() 医院 (病院) () 市・町

上記のとおり投薬をお願い致します。

但し、投薬による副作用等の症状につきましては、貴園への責任は一切問いません。

令和 年 月 日

保護者氏名 @

Table with 5 columns: 受付, 担任, 主任, 副園長, 園長

1 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

2 日目 投与職員名 投与時間 日 時 分

※この用紙は必要な時に、保育士にお申し付けください。