

塗り薬使用依頼書

- ・依頼書の正確な記入が無い場合、手渡してない場合は投薬できません。
- ・薬のチューブや容器に記名をお願いします。
- ・昼食後1回分のみ使用となります。

・色の付いている部分の記入をお願い致します。

期間:令和 6年 月 日 ~ 月 日 (1週間以内)

依頼先 川東さくらんぼこども園

クラス名 ひよこ・りす・うさぎ・きりん・ぞう・らいおん

対象児 (児童名)

病院名 処方日
令和6年 月 日

病名 (症状)

*該当する物に○又は明記

使用する場所	保管状態	注意事項
	常温・冷蔵	なし・あり

*使用する場所は裏面のイラストに詳しくご記入下さい。

保護者署名

緊急連絡先

	月 (/)	火 (/)	水 (/)	木 (/)	金 (/)	土 (/)
受付職員						
使用職員						

