**依頼者連絡先**

**依頼者連絡先**

**依頼者連絡先**

**依頼者連絡先**

投薬依頼書

依頼先　認定こども園さくら幼稚園・さくらんぼ保育園

年 　　月　　 日　　　　　くみ　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | | | |
| 病名・症状 | |  | | | | |
| 処方期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 薬の種類・数 | | 粉末 　水薬 　外用薬 　その他  　　　　　包　　　　　　個 | | | | |
| 投薬時間 | | 食前　 食後 　その他（　　時頃） | | | | |
| 投薬依頼期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 投薬依頼日 | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 保護者サイン | |  |  |  |  |  |
| 園使用 | 受領者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬時間 |  |  |  |  |  |

＊薬は1包ずつ名前を書いて持って来てください。

　　 上記のとおり、園児に薬をお願い致します。

　 なお、この薬についての責任は依頼者とします。

**依頼者　　　　　　　　　　　　　印　園児との続柄（　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者 |  |

**依頼者連絡先**

投薬依頼書

依頼先　認定こども園さくら幼稚園・さくらんぼ保育園

年 　　月　　 日　　　　　くみ　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | | | |
| 病名・症状 | |  | | | | |
| 処方期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 薬の種類・数 | | 粉末 　水薬 　外用薬 　その他  　　　　　包　　　　　　個 | | | | |
| 投薬時間 | | 食前　 食後 　その他（　　時頃） | | | | |
| 投薬依頼期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 投薬依頼日 | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 保護者サイン | |  |  |  |  |  |
| 園使用 | 受領者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬時間 |  |  |  |  |  |

＊薬は1包ずつ名前を書いて持って来てください。

　　 上記のとおり、園児に薬をお願い致します。

　 なお、この薬についての責任は依頼者とします。

**依頼者　　　　　　　　　　　　　印　園児との続柄（　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者 |  |

投薬依頼書

依頼先　認定こども園さくら幼稚園・さくらんぼ保育園

年 　　月　　 日　　　　　くみ　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | | | |
| 病名・症状 | |  | | | | |
| 処方期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 薬の種類・数 | | 粉末 　水薬 　外用薬 　その他  　　　　　包　　　　　　個 | | | | |
| 投薬時間 | | 食前　 食後 　その他（　　時頃） | | | | |
| 投薬依頼期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 投薬依頼日 | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 保護者サイン | |  |  |  |  |  |
| 園使用 | 受領者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬時間 |  |  |  |  |  |

＊薬は1包ずつ名前を書いて持って来てください。

　　 上記のとおり、園児に薬をお願い致します。

　 なお、この薬についての責任は依頼者とします。

**依頼者　　　　　　　　　　　　　印　園児との続柄（　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者 |  |

投薬依頼書

依頼先　認定こども園さくら幼稚園・さくらんぼ保育園

年 　　月　　 日　　　　　くみ　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院名 | |  | | | | |
| 病名・症状 | |  | | | | |
| 処方期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 薬の種類・数 | | 粉末 　水薬 　外用薬 　その他  　　　　　包　　　　　　個 | | | | |
| 投薬時間 | | 食前　 食後 　その他（　　時頃） | | | | |
| 投薬依頼期間 | | 月 　　日から　　　月　　日まで | | | | |
| 投薬依頼日 | | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 保護者サイン | |  |  |  |  |  |
| 園使用 | 受領者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬者サイン |  |  |  |  |  |
| 投薬時間 |  |  |  |  |  |

＊薬は1包ずつ名前を書いて持って来てください。

　　 上記のとおり、園児に薬をお願い致します。

　 なお、この薬についての責任は依頼者とします。

**依頼者　　　　　　　　　　　　　印　園児との続柄（　　　　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 確認者 |  |

**依頼者連絡先**