

投薬依頼書

力合幼稚園 様

保護者氏名

印

投薬園児名	組
-------	---

投薬に伴う事故発生については、全ての責任は保護者で負うことを誓いし、下記の通り 月 日 ~ 月 日までの投薬を依頼致します。

病院名	密
病名	
※朝の投薬時間	時 分
前回の投薬時間	時 分
※投薬方法及び時間	時 分

※印の所は、できるだけ詳しくご記入下さい。