

薬連絡依頼票

下記のとおりお願いします。

令和 年 月 日
首里カトリック幼稚園

組 氏名 保護者名 ㊟

病名 []	病院名 []	病院の処方日 令和 年 月 日
薬の種類(抗生物質、咳止め等) []	投薬の方法 昼食：前・後 3時おやつ：前・後 時	
使用する期間：本日より 日間		

※医師の処方された薬のみ、お預かりします。

※事故なく投与できるように、1回分ずつ小分けしてお預け下さい。

薬連絡依頼票

下記のとおりお願いします。

令和 年 月 日
首里カトリック幼稚園

組 氏名 保護者名 ㊟

病名 []	病院名 []	病院の処方日 令和 年 月 日
薬の種類(抗生物質、咳止め等) []	投薬の方法 昼食：前・後 3時おやつ：前・後 時	
使用する期間：本日より 日間		

※医師の処方された薬のみ、お預かりします。

※事故なく投与できるように、1回分ずつ小分けしてお預け下さい。