

年 月 日

一燈園小・中・高等学校
学校長 村田 俊喜様

保護者名：
緊急連絡先：

与薬依頼書

薬剤情報提供書の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いいたします。

学 年	年	児童生徒氏名	
病名・症状			
薬 品 名			
与 薬 期 間	年 月 日	～	年 月 日

以下は学校が記載します。

薬品名	与薬時間	与薬者サイン

薬剤情報提供書（お薬説明書）貼付欄

※お預かりしたお薬は、使用の期間に関わらず学期ごとに返却します。

使用を継続する場合、新学期に改めてお持ちください。