

与薬票

園長	主幹	主幹

年 月 日記

依頼先 高浜キッズこども園

依頼者 保護者氏名

園児名 (組) 名前

病院名 病院・医院

主治医

病名 (または症状)

薬の剤型(該当するものに○)

粉(包)・水薬(目盛)・外用薬(部位)
その他()

与薬時間(該当するものに○)

食前・食後・その他 ()

その他 伝えておきたいこと

[]

こども園記載	受領者サイン 印
	投薬者サイン 印
	投与者サイン 月 日 時 分

ご記入後、本紙を当園にご持参いただくかFAXで送信してください。
FAXをご利用の際も、後日、本紙を当園にご持参ください。

高浜キッズこども園 FAX 番号

0770-50-9049