連絡票（調剤情報提供書）

年　　月　　日記

保護者に代わって与薬をお願いします。

クラス		ふりがな 園児名	
依頼先	学校法人　真徳寺学園　みつづかこども園		
依頼者	保護者氏名	電話	自宅
			携帯
医療機関		主治医	
病名 (又は症状)			
薬剤情報提供書(写し)を貼り付けてください			

こども園記載欄

与薬日時	月　日 時　分	月　日 時　分	月　日 時　分	月　日 時　分	月　日 時　分
受領者サイン					
保管者サイン					
与薬者サイン					