

連絡票

年 月 日記

保護者に代わって投薬をお願いします。

組		ふりがな 園児名	
依頼先	学校法人真徳寺学園 ながさわこども園		
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

与薬時間	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					