

子どもの名前 _____ クラス _____ 組 _____

病名又は症状

- 薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()
 - 園で使用する期間： 月 日 ~ 月 日
 - 薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()
 - 病院名：
- ※その他注意することなど

(依頼者) 保護者氏名

こども園記載欄 ●受領者サイン 令和 年 月 日

	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
受取						
与薬者						
時間	:	:	:	:	:	:

子どもの名前 _____ クラス _____ 組 _____

病名又は症状

- 薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()
 - 園で使用する期間： 月 日 ~ 月 日
 - 薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()
 - 病院名：
- ※その他注意することなど

(依頼者) 保護者氏名

こども園記載欄 ●受領者サイン 令和 年 月 日

	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
受取						
与薬者						
時間	:	:	:	:	:	:

子どもの名前 _____ クラス _____ 組 _____

病名又は症状

- 薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()
 - 園で使用する期間： 月 日 ~ 月 日
 - 薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()
 - 病院名：
- ※その他注意することなど

(依頼者) 保護者氏名

こども園記載欄 ●受領者サイン 令和 年 月 日

	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
受取						
与薬者						
時間	:	:	:	:	:	:

子どもの名前 _____ クラス _____ 組 _____

病名又は症状

- 薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()
 - 園で使用する期間： 月 日 ~ 月 日
 - 薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()
 - 病院名：
- ※その他注意することなど

(依頼者) 保護者氏名

こども園記載欄 ●受領者サイン 令和 年 月 日

	/ (月)	/ (火)	/ (水)	/ (木)	/ (金)	/ (土)
受取						
与薬者						
時間	:	:	:	:	:	: