〈保護者用〉

与　薬　申　請　書

共愛学園こども園　園長　　様　　年　　月　　日

保護者名 児童との続柄（　　）	
児童名 住　所 ℡（　　）　　－	生年月日　　年　　月　　日 （　　歳　　か月） 性　別　　男　・　女

別添指示書に基づき保育時間中の与薬を申請いたします。

① 与薬期間　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

②与薬時間　　午前・午後　　時　　分

③与薬の種類　　シロップ・粉・その他（　　）

④１回量の指示（シロップ　　mℓ　　）

⑤その他の注意事項

	受領日	受領者サイン	与薬日時	実施状況	与薬者サイン
保育施設記載					