**保護者用**〔　書式１　〕

**定時の服薬についての依頼書**

　　　年　　　月　　　日

**船橋特別支援学校長**　様

　　　年　　組

児童氏名

保護者氏名

医師の処方で、学校での服薬を必要としますので依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　　名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 薬の名前・量 |  |
| 学校での服薬時間 | 　・給食前　　　　　　　　　　・給食後　・その他（　　　　　　　　　） |
| 服薬方法 |  |
| 注意事項等 |  |

〔　書式１　〕

定時の服薬についての依頼書

　　　年　　　月　　　日

船橋特別支援学校長　様

中学部・高等部　　　年　　組

生徒氏名

保護者氏名

医師の処方で、学校での服薬を必要としますので依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　　名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 薬の名前・量 |  |
| 学校での服薬時間 | 　・給食前　　　　　　　　　　・給食後　・その他（　　　　　　　　　） |
| 服薬方法 |  |
| 注意事項等 |  |