

定時の服薬についての依頼書

船橋特別支援学校長 様

_____年 _____月 _____日

_____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	
薬の名称・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	

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

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	
薬の名称・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	