

服薬願い届

年 月 日

服薬願い届 (控)

クラス名： _____

園児名： _____

保護者名： _____

※飲み薬一回分を保育士に服薬をお願いします。



←担任割印

受診病院名： _____

病名(状)： _____

薬名： _____ [粉 ・ 液体]

服薬時間： 食前 ・ 食後 ・ その他 [_____]

オリンピックおおぞら保育園
〒570-0014 大阪府守口市藤田町 5-2-5 TEL：06-6902-2250

時 分
服薬いたしました

服薬願い届

年 月 日

服薬願い届 (控)

クラス名： _____

園児名： _____

保護者名： _____

※飲み薬一回分を保育士に服薬をお願いします。



←担任割印

受診病院名： _____

病名(状)： _____

薬名： _____ [粉 ・ 液体]

服薬時間： 食前 ・ 食後 ・ その他 [_____]

オリンピックおおぞら保育園
〒570-0014 大阪府守口市藤田町 5-2-5 TEL：06-6902-2250

時 分
服薬いたしました