

服薬管理依頼書

令和 年 月 日

熊本県立熊本聾学校長 様

学部・学年 _____ 部 _____ 年・組 _____

幼児児童生徒名 _____

保護者名 _____ ㊟ _____

上記の（幼児・児童・生徒）の服薬について、下記の事項によって管理いただきますよう依頼します。なお、この薬の使用については保護者が責任を持ちます。

記

1 病名

2 薬の内容（「お薬説明書」のコピーを添付）

3 管理を依頼する期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

4 管理する際の配慮・注意事項

5 主治医等

病院名

主治医名

連絡先