

平成 年 月 日

こてはし台幼稚園

先生

## 薬投与のお願い

下記の通り

組 名前

への薬の

投与を委託したくお願い申し上げます。

住 所

保護者名

印

### 記

期 間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで

粉 薬 ( ) \_\_\_\_\_ 包を昼食 前 後 又は ( )

薬品・投与 液体薬 ( ) \_\_\_\_\_ mlを昼食 前 後 又は ( )

錠剤薬 ( ) \_\_\_\_\_ 錠を昼食 前 後 又は ( )

注意事項

( )