

投 薬 願 い

平成 年 月 日

大島保育園長 萩 谷 正 恵 様

保護者にかわり投薬をお願いします。

保護者氏名 _____ 印

園児名 _____

投 薬 日	平成 年 月 日
病 院 名	
病 名	
薬 の 種 類	水薬・粉薬・カプセル・他 ()
投 薬 時 間	食前 ・ 食後
飲 ませ る 量	1 回 分