

園長	担任

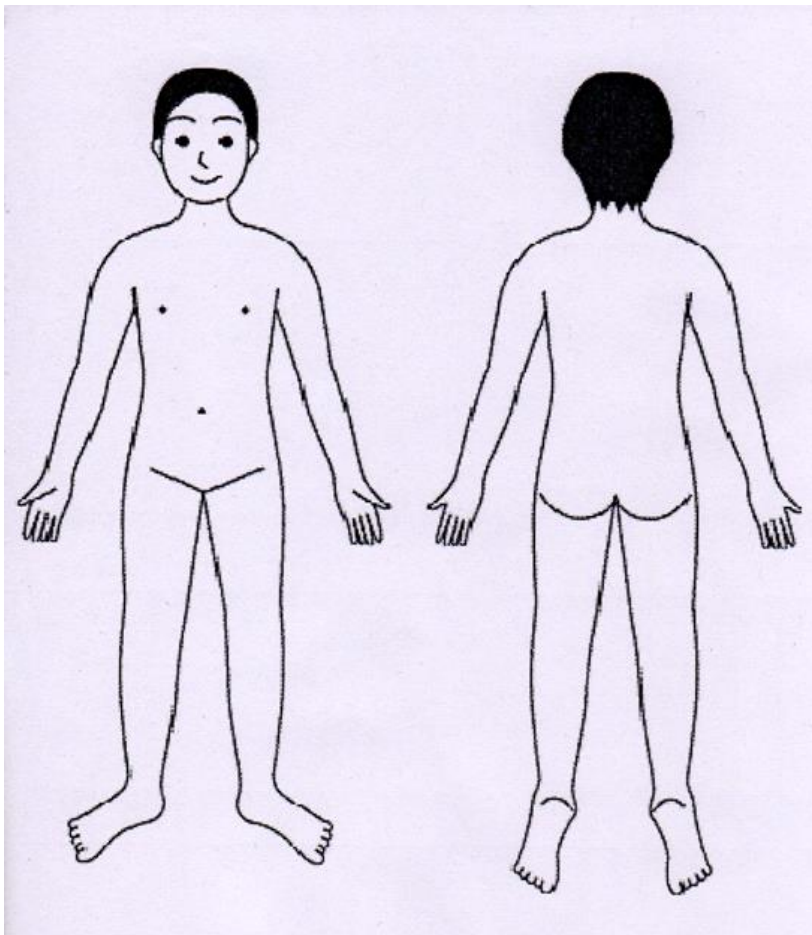
与薬連絡票 (外用薬用)

一般社団法人樹福社会
リトルチェリー保育園

* 下記の通り与薬を連絡します。 与薬の責任は保護者とします。

クラス				保護者名	印
園児名					
病名 (又は症状)		薬の処方日	令和 年 月 日	病院 医院	
種類	・塗り薬 薬名 ()		・目薬 薬名 ()		
使用方法					
使用場所	・下図に使用場所を ○ で書き込んで下さい				

* 使用場所を ○ で囲んで下さい



日付 (曜日)	時 間
/ ()	:
/ ()	:
/ ()	:
/ ()	:
/ ()	:
/ ()	:

※ この与薬連絡票は1週間毎(月曜日)に1枚提出をお願い致します。

保育所記載			
受領日	月	日	受領者
			与薬担当者