

平成 年 月 日

加西市立加西特別支援学校長様

与薬依頼書（日常の薬）

医師の指示により、薬の服用が必要ですので、保護者の代理で担任または養護教諭に与薬を依頼します。

小・中・高 年 児童生徒氏名

保護者氏名 印

薬の名前	服用の目的	形状（粉・錠剤・シロップなど）	飲ませる時間

【与薬の方法】

【服薬期間】

【注意点など】

* 予備の薬を必ず持たせて下さい。