

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立楨の実特別支援学校長様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

医薬品使用の介助を、下記のとおりお願いいたします。

依頼(服用)期間	何の薬(薬剤名)	一回量	使用時間	方法
令和 年 月 日～ 令和 年 月 日まで				

※医療機関で処方された薬のみお預かりします。一回量ずつ、毎日持たせてください。

※お薬の説明書の写しの添付をお願いいたします。

----- き り と り -----

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立楨の実特別支援学校長様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

医薬品使用の介助を、下記のとおりお願いいたします。

依頼(服用)期間	何の薬(薬剤名)	一回量	使用時間	方法
令和 年 月 日～ 令和 年 月 日まで				

※医療機関で処方された薬のみお預かりします。一回量ずつ、毎日持たせてください。

※お薬の説明書の写しの添付をお願いいたします。

----- き り と り -----

臨時の医薬品使用の介助依頼書

令和 年 月 日

千葉県立楨の実特別支援学校長様

小・中・高 年 組 児童生徒氏名

保護者氏名

医薬品使用の介助を、下記のとおりお願いいたします。

依頼(服用)期間	何の薬(薬剤名)	一回量	使用時間	方法
令和 年 月 日～ 令和 年 月 日まで				

※医療機関で処方された薬のみお預かりします。一回量ずつ、毎日持たせてください。

※お薬の説明書の写しの添付をお願いいたします。