

令和 年 月 日

富山県立高岡支援学校長 様

服薬管理等の実施依頼書

下記について補助・管理して下さるようお願いします。

記

依頼内容	実施時間	薬名・量・飲ませ方・注意等
() 内服薬 () 点眼薬 () 軟膏等塗布 () その他 ※該当する内容に○をつけてください。		
依頼期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		・寄宿舍 ・通常日課 ・宿泊学習、修学旅行 ・その他()

小学部・中学部・高等部 年

児童生徒氏名

依頼者氏名

備考

※原則市販薬の補助・管理は行うことができません。

※この用紙と共に、薬の説明書を付けて提出してください。説明書は学校でコピーしてお返しします。

※服薬内容や薬の量などが変更になった場合は、その都度学校へ連絡し、新しい依頼書を提出してください。

※学期が変わっても依頼の継続を希望される場合は、新たにこの用紙を提出してください。