

与薬依頼書

ソレイユナーサリー小松川

氏名	依頼日 H 年 月 日()
症状・病名	
薬局名	
薬の種類 <p style="text-align: center;">虫よけスプレー(水・粉)</p> <p style="text-align: center;">軟膏</p> <p style="text-align: center;">その他</p>	
与薬時間、方法	

※上記のとおり投薬をお願いします。

尚、依頼をした薬の与薬で万一事故等が起きても貴施設の
過失以外、一切異議申し立てはいたしません。

保護者名

印

使用期間

年 月 日() ~ 月 日()

預かり者	与薬者	与薬者	与薬者	与薬者	与薬者
	(:)	(:)	(:)	(:)	(:)