

服薬願い

大森聖マリア幼稚園園長殿

年 月 日

クラス 園児名 _____

病名 _____ のため

薬の名称 _____

薬の種類 _____

服薬時間 _____

主治医の指示のもと、登園時間中の服薬が必要とされたため、
上記の通り、薬の服用を依頼します。

保護者名 _____ 印