

服藥依賴書【短期用】

小・中・高 年 組 氏 名

保護者名

栃木県立足利中央特別支援学校長 様

学校で薬を使用する必要がありますので、保護者に代わり、下記のとおり服用の介助を依頼いたします。

[illegible]

* 医師の処方による薬のみお預かりします。市販の薬はお預かりできませんので御了承ください。

*服用する薬の内容が詳しく書かれたもののコピー(お薬手帳など)を添付してください。

* 薬は氏名を明記し、当日の分のみ(1回分ずつに分けて)持たせてください。
(目薬や塗り薬など、分包できない場合には、そのまま持たせてください。)