様式 ３（常用薬以外）　　令和　　年度　　医療用医薬品預かり書（依頼書）

以下の期間、下記の医療用医薬品の使用の介助をお願いします　保護者名

（薬の持参は１日分とし、毎日確認してください）

部　　年　　氏　名				
使用期間	薬品名（効果）	用法・用量	のみ方・使い方 注意事項など	担任 確認
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				

様式 ３（常用薬以外）　　令和　　年度　　医療用医薬品預かり書（依頼書）

以下の期間、下記の医療用医薬品の使用の介助をお願いします　保護者名

（薬の持参は１日分とし、毎日確認してください）

部　　年　　氏　名				
使用期間	薬品名（効果）	用法・用量	のみ方・使い方 注意事項など	担任 確認
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				
年 月　日 ～　月　日				