くすり連絡票

年　月　日

カナダこども園

クラス

園児氏名

保護者の方の緊急連絡先

（薬の件でお聞きしたいことがある場合ご連絡させて頂きます。）

薬を調剤した病院

病名	薬名	薬の剤型	シロップ剤	ある・ない
			粉薬	

使用する時間　**給食後のみ**

薬剤情報提供書　あり ・ なし

園記載	日付	/	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン							
	投与者サイン							

くすり連絡票

年　月　日

カナダこども園

クラス

園児氏名

保護者の方の緊急連絡先

（薬の件でお聞きしたいことがある場合ご連絡させて頂きます。）

薬を調剤した病院

病名	薬名	薬の剤型	シロップ剤	ある・ない
			粉薬	

使用する時間　**給食後のみ**

薬剤情報提供書　あり ・ なし

園記載	日付	/	/	/	/	/	/	/
	受領者サイン							
	投与者サイン							