

## 筑紫野市病児保育事業投薬依頼書

年 月 日

キッズケア二日市  
(山田小児科医院) 御中

保護者氏名 \_\_\_\_\_

次の児童について、保護者に代わって投薬をお願いします。

児童名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女

薬剤情報提供書または、お薬手帳を添付してください。

自宅での投薬	なし・あり (薬の名称 (投薬時間 時 分頃))
受領者サイン	
投 薬 時 刻	
① 時 分投薬	投薬者サイン
② 時 分投薬	投薬者サイン
③ 時 分投薬	投薬者サイン
備考	

キッズケア二日市 (山田小児科医院) (092-924-2288)

筑紫野市こども部こども政策課保育担当 (092-923-1111 内線 414・415)