

与薬票		中原こども園	
子どもの名前	クラス	組	
病名又は症状			
■薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()			
■園で使用する期間： 月 日 ～ 月 日			
■薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()			
■病院名：			
その他注意することなど			
(依頼者) 保護者氏名			
こども園記載欄	●受領者サイン 令和 年 月 日		
投薬者サイン			

与薬票		中原こども園	
子どもの名前	クラス	組	
病名又は症状			
■薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()			
■園で使用する期間： 月 日 ～ 月 日			
■薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()			
■病院名：			
その他注意することなど			
(依頼者) 保護者氏名			
こども園記載欄	●受領者サイン 令和 年 月 日		
投薬者サイン			

与薬票		中原こども園	
子どもの名前	クラス	組	
病名又は症状			
■薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()			
■園で使用する期間： 月 日 ～ 月 日			
■薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()			
■病院名：			
その他注意することなど			
(依頼者) 保護者氏名			
こども園記載欄	●受領者サイン 令和 年 月 日		
投薬者サイン			

与薬票		中原こども園	
子どもの名前	クラス	組	
病名又は症状			
■薬の種類： 粉薬 袋・シロップ薬・目薬・その他()			
■園で使用する期間： 月 日 ～ 月 日			
■薬をあげる時間：食前・食後・おやつ前・おやつ後・その他()			
■病院名：			
その他注意することなど			
(依頼者) 保護者氏名			
こども園記載欄	●受領者サイン 令和 年 月 日		
投薬者サイン			