

与薬依頼書(保護者記入)

特定非営利活動法人 童夢 理事長 古川光男 宛

次の参加者は、医師と相談の結果、参加行事期間中の与薬が必要となりました。つきましては、以下の与薬指示書通りに行っていただきますようお願いいたします。

なお、緊急与薬必要時の連絡が取れない場合、特定非営利活動法人童夢へ一任するとともに、その後の責任を問いません。

※出発の当日、バスへ乗車の際に担当者までお渡してください。

参加行事	イングリッシュキャンプ 2019		
参加日程	2019 年 7 月 20 日 ~ 7 月 21 日		
教室名		担当講師	
参加者名	(男 / 女)	年齢	歳 ヶ月
保護者名	印 (父 / 母 /)		
記入日	20 年 月 日		

緊急連絡先 ① ()	緊急連絡先 ② ()
----------------	----------------

与薬指示書/主治医意見書(医師記入用)

記載の参加者は、行事参加中も与薬が必要と判断いたしました。よって、保護者に代わり与薬をお願いいたします。

医療機関名			
電話番号			
医師名	印		
病名/病状/症状			
持参薬	種類	与薬方法	
	内服薬		
	①【粉・錠・液】など		
	②【服用時間】		
	③【服用方法】		
	④【諸注意】など		
外用薬			
①【塗・貼・点眼】など			
②【時間】			
③【方法】			
④【諸注意】など			
その他(注意事項)			
記入日	20 年 月 日		