

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、下記与薬指示書の通り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。

※出発当日、バス乗車の際担当者にお渡しください。

参加行事	イングリッシュキャンプ 2024			
参加日程	2024年 7月14日 ~ 7月15日			
教室名（会員のみ）		担当講師		
参加者氏名	（男 / 女）		年齢	歳 ヶ月
保護者名	印（父 / 母 / ）			
記入日	2024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）

上記の参加者は、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	2024年 月 日		