

与薬依頼書（定期薬）

令和 年 月 日

群馬県立二葉高等特別支援学校長 様
群馬県立二葉特別支援学校長 様

小・中・高 年 組

生徒氏名 _____

保護者氏名 _____

上記児童生徒の学校における教員による与薬について、主治医の指示書を添えて依頼します。

与薬指示書（定期薬）

群馬県立二葉高等特別支援学校長 宛
群馬県立二葉特別支援学校長 宛

児童生徒氏名 _____

上記の児童生徒の与薬に関する指示は、以下のとおりです。

- 1 薬の名前・量
- 2 与薬時間
- 3 与薬に関する留意事項
- 4 その他

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____ 印