

# 与薬等実施依頼書

令和 年 月 日

愛媛県立松山盲学校長 様

部 科 年

児童生徒氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

主治医の診断の基、別紙説明書のとおり、処方された与薬等を依頼いたします。  
なお、松山盲学校の教職員による実施について同意いたします。

使用目的 病名 等		
受診病院 主治医名		
薬   剤	薬品名	
	使用回数	
	使用時期	
	1回の 使用量	
	与薬の仕方	
注意事項 その他		