

太宰府市病児保育事業与薬依頼書

年 月 日			
<input type="checkbox"/> 病児デイケアセンターだざいふ <input type="checkbox"/> 病児保育室ひなたぼっこ 御中			
保護者氏名 _____			
次の児童について、保護者に代わって与薬をお願いします。			
児 童 名			
生 年 月 日	令和 平成 年 月 日	性 別	男 ・ 女
薬剤情報提供書又はお薬手帳を添付してください。			
受領者サイン _____			
投与時刻	① 時	分与薬	与薬者サイン _____
	② 時	分与薬	与薬者サイン _____
	③ 時	分与薬	与薬者サイン _____

病児デイケアセンターだざいふ（まつもと小児科医院） 電話092-929-1398

病児保育室ひなたぼっこ（まつのクリニック） 電話092-555-8484

太宰府市健康福祉部保育児童課 電話092-921-2121（内線318）