

# 確認書

組 園児氏名 \_\_\_\_\_

病名(症状)	
薬名	
服用・使用時間	
服用・使用方法	
その他連絡事項	

医療機関名 \_\_\_\_\_ 印

上記事項に対し、担任 \_\_\_\_\_ が 薬を投与、もしくは使用します。

担任が行えない場合、園長・主任・もしくは補助の教員が行います。  
その際には 上記内容を確認し、安全管理のもと行う事とします。

※上記の件につき、ご了承いただけましたら、署名・捺印をお願い致します。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印