

処方箋服用・塗布申込書(年 月 日)

| | | | |
|-----------------|---|----------------|-----|
| ふりがな 氏名(保護者) | | ふりがな こどもの名前 | |
| クラス | 組 | 年齢 | 歳 月 |
| 病名(事由) | | 服用時間・塗 布回数等 | |
| 病院名 | | 病院TEL | |
| 父 緊急連絡 | | 自宅TEL | |
| 母 緊急連絡 | | 備考 | |

上記の件を申し込みします。

なお、病状の悪化等については、法律上の一切の権利を主張しません。