令和　　年　　月　　日

**学校での昼の投薬依頼書**

神戸大学附属特別支援学校長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学部・学年：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　児童生徒名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名：

学校での昼の投薬を依頼します。詳細については、下記のとおりです。

記

**１．薬の名前**【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

**２．薬の種類**　　内服薬・軟膏・点眼薬・点鼻薬・吸入、その他（　　　　　　　　　　　　）

**３．飲ませ方**（いつ、どのように、できるだけ詳しく）

**４．使用の際の注意事項**

**☆薬局からの「薬剤情報提供書（薬の説明書）」も一緒にご提出ください。**