

## 薬服用誓約書

病名 [ ]

薬名 [ ]

粉薬 ( ) 包                      目薬 ( ) 本      右目・左目・両目  
水薬 ( ) 本                      塗り薬 ( ) 種類→塗布部位 ( )

以上の服用を ( ) 月 ( ) 日から ( ) 月 ( ) 日までお願い致します。

朝の服薬時間は ( ) 時 ( ) 分です。

1. 服用について愛の泉こどもの園には責任はありません。
2. すべての責任は保護者にあります。

※服薬時間はその日によって時間が異なることもあるため、服薬証明書の服用時間を確認してから夜の服用をするようにお願いします。

令和      年      月      日

( ) 組      園児名 ( )

保護者名 ( )