

社会福祉法人 豊仁会
仲町にこにこ保育園 園長殿

指 示 書

園児名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

病名：

薬剤名：

投与時間：

（留意事項及び投薬時間
をお願いします。）

指示期間： 年 月 日～ 年 月 日

（最長6ヶ月間）

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印