

社会福祉法人 豊仁会  
花小金井にこにこ保育園 園長殿

# 指 示 書

園児名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 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：平成 年 月 日～平成 年 月 日

（最長6ヶ月間）

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印