

令和7年度 臨時服薬依頼書

宮城県立支援学校小牛田高等学園校長 殿

年 組 名前

保護者（保証人）名

医師の指示により、学校において服薬が必要です。下記のとおり依頼します。

NO.	事 由 例) 花粉症	薬の名前 例) アレジオン	薬の形状と量 例) 粉1包、1錠、軟膏など	医療機関名 例) ○○病院	服薬期間 例) 通年/○月○日～○月○日/9月1ヶ月間等
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

学 級 担 任 印	養 護 教 諭 印	寄 宿 舎 印

* 依頼書は、年度更新です。