

令和 年 月 日

愛知県立港特別支援学校長 殿

部・学年・組 部 年 組

児童生徒氏名

保護者氏名

## 服薬補助依頼書（在校中・常用薬）

**在校中に**薬（常用薬）の服用が必要ですので、下記のとおり薬の服用が適切に行われるよう、補助をお願いします。

### 記

1 薬を処方した医療機関及び医師名

2 薬品名

3 服用時刻

4 配慮事項（服用方法など）

\* 薬の処方に変更があった場合は、遅滞なく連絡します。