様式⑮

薬の解除報告書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿保育所長様

医師の判断のもと、保育所での薬（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）の預かりは不要となりましたので報告いたします。

かかりつけ医

病　院　名（　　）

電 話 番 号（　　）

主治医氏名（　　）

年　　月　　日

児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印