

令和 年 月 日

高知県立嶺北高等学校長 様

学校における内服管理について

下記に同意いたしますので、学校管理下での内服管理を承諾いたします。

年 ホーム 番
生徒氏名：
保護者氏名： 印

薬物療法（内服や皮下注射等）を受けられている生徒において、必要数を保健室で管理し、医療機関又は処方箋の指示に従い、定期投与や屯用投与時の補助を行います。

適宜、生徒本人と飲み忘れや薬の投与のタイミング等を相談・確認を行いながら実施致します。