

**AUTHORIZATION FOR MEDICATIONS TO BE GIVEN
DURING SCHOOL HOURS**

学校での医薬品投与／服用に関する承諾書

The following section is to be completed by the PARENT.

すべて保護者をご記入下さい。

Child's Name _____
お子様の氏名

Gender _____
性別

Date of Birth _____
生年月日

Grade _____
学年

Class Teacher _____
クラス担任

Known Allergies _____
アレルギーの有無

		(1)	(2)	(3)	(4)
1	Name of medicine 薬品名				
2	Reason 服用理由				
3	Type 形状				
4	Color 色				
5	Dose 服用量				
6	Route 服用方法				
7	Time given 服用時間				
8	Date(s) given 投薬日				
9	Other information その他注意事項				

Parent's signature _____
保護者の署名

Date _____
日付

Emergency contact number _____
緊急連絡先