

施設	健康管理委員会		
嘱託医	副部会長	副部会長	部会長

与薬解除届(抗けいれん剤・エピペン・その他)

(申請者)

施設名 _____

保護者氏名 _____

児童名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

解除理由

_____ 年 _____ 月 _____ 日

指示医: _____ 医院・病院 _____ 先生