

(様式3-2)

令和 年 月 日

主治医 様

静岡県立沼津聴覚特別支援学校長

「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」に関する指示書について  
(お願い)

本校に在籍します〔幼稚部・小学部・中学部・高等部 年 氏名  
( )〕の「急な発熱・発作などの緊急時に使用する薬」につ  
きまして、保護者より学校での保管とその扱いにつきまして、依頼がありました  
ので、主治医様より指示書(様式3-2)をいただきたくお願い申し上げます。  
御多忙のところ恐縮ですがよろしく申し上げます。

担 当 養 護 教 諭  
電話番号 055-921-3398  
FAX 番号 055-923-3698