
学校長 様_____
保護者氏名 印

エピペン保管依頼書

下記のとおり、貴校での保管を依頼いたします。

記

児童生徒氏名	学年・組	性別
	年 組	男・女
	年 組	男・女

1 学校での保管方法

貴校の状況に合わせ、適切な保管をお願いいたします。

2 使用期限について

保管依頼する「エピペン」の有効期限が、平成 年 月までです。

有効期限が切れた場合は保護者が引き取ります。新たに処方されたエピペンの保管を希望する場合は、再度保管依頼書を提出します。

もう1本のエピペンは、在校時は本人に携帯させます。

3 原因物質及び既往症状

原因物質	既往症状

4 連絡事項
