千葉県立千葉盲学校長　様

幼児児童生徒名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿について

以下の市販の医薬品の、使用を許可します。

医薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用目的＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿