処　方　証　明　書

・児童名　【　　】

・生年月日　　平成
令和　　年　　月　　日生

・本日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿薬局で受け取っていただいたお薬は、当医師の処方によるものです。

令和　　年　　月　　日

病院名

担当医師名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

長野こども学園　御中