

キャンプ中に服用すべきお薬のみお預かりいたします。服用するお薬がある方は、以下、ご記入頂き、キャンプ出発当日に、お薬といっしょにキャンプリーダーにお渡しください。なお本紙はご返却いたしませんので予めご了承ください。

神戸YMCAキャンプ お薬メモ

記入日:                    年            月            日

参加プログラム		プログラム実施日	月    日～	月    日
カナ		性別	学年	
参加者氏名		男・女	年少	小学(    )年生
			年中	中学(    )年生
			年長	高校(    )年生

■キャンプ中に服用する薬

薬の名前	どんな症状の時に服用しますか？	服用方法								
		朝食	前・後	(    )	昼食	前・後	(    )	夕食	前・後	(    )
		朝食	前・後	(    )	昼食	前・後	(    )	夕食	前・後	(    )
		朝食	前・後	(    )	昼食	前・後	(    )	夕食	前・後	(    )
		朝食	前・後	(    )	昼食	前・後	(    )	夕食	前・後	(    )
		朝食	前・後	(    )	昼食	前・後	(    )	夕食	前・後	(    )
<備考>										