

(FAX 番号 322-6897)
神戸市こども家庭局幼保事業課
指導研修担当課長 宛

令和 年 月 日

令和 年度 エピペン®預かり児の在籍調査票

(区)

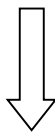
園 名 _____

園 長 名 _____

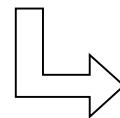
回 答 者 名 _____

1 エピペン®を預かっている園児が在籍していますか。

() 在籍している



() 在籍していない



これで終わりです。
ありがとうございました。

2 園児の状況についてご記入ください。 ※5月1日現在

クラス	性別	薬保管場所	具体的な対応について
歳児 クラス			★エピペン®は、(毎回持参 ・ 園 にて保管)
歳児 クラス			★エピペン®は、(毎回持参 ・ 園 にて保管)

※毎年 5 月末 締切り※

※年度途中に在籍児に変更がある場合は、速やかにこども家庭局幼保事業課へ連絡のこと※