新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※

新北市新樂非營利幼兒園(委託財團法人三之三生命教育基金會辦理)

託　藥　用　藥　單

日期：　　姓名：

症狀	□咳嗽□流鼻水□喉嚨痛□過敏□腸胃□眼疾 □其他：_____
	早點□前 □後　午餐□前 □後　下午點心□前 □後 藥粉每次_____包、藥水每次_____cc 眼藥水、藥膏共_____瓶、每___小時 1 次 左眼、右眼(請圈選)　□其他：_____
小叮嚀	

★家長簽名：

餵藥簽名/餵藥時間：

早_____/_____午_____/_____午點_____/_____

※僅提供處方藥，只限帶當天份量※