

眼鏡着用依頼書(花粉症等)

※担任へ提出して下さい

園児名

保護者

花粉症などにより、眼鏡の着用が必要なため、園での使用を依頼します。

眼鏡をかける期間	令和 年 月 日開始 / 令和 年 月 日終了(担任記入)
病名(または症状)	
処方された病院 医院名	TEL
眼鏡をかける方法	園にお任せください (相談に応じます)

※破損の責任につきまして、園では保証が出来ませんのでご了承下さい。

※この依頼書は、花粉症などで一時的に眼鏡を使用したい方の為のもので
す。視力矯正用などの眼鏡使用については、個別に園にお申し出ください。

(令和4年4月現在、入園時や眼鏡使用開始時にお伝え頂いている方は、園で把握済み
ですので、お申し出は不要です。)