

웨스트미어 초등학교
보건실
6270 Johnston Road
Albany, New York 12203
전화 (518) 456-3771 / 팩스 (518) 464-6443

의사 지시사항 / 학부모 동의서 양식

아래의 양식을 기입하셔서 학생의 약과 함께 학교 보건실로 보내주십시오.

아래의 칸은 학생의 의사나 병원에서 기입해야 합니다.

(학생이름) _____ / (생년월일) _____ 은
아래의 학교 일과 중에 아래의 약을 복용해야 할 필요가 있습니다.

병명 : _____
약이름 : _____
투여량 : _____
횟수 : _____

의사 서명: _____ 날짜: _____

아래는 학부모나 보호자가 기입해야 합니다.

저의 자녀 (학생이름) _____ 는 상기 의사로부터 처방을 받은 약
물치료를 학교 일과 중에 받을 수 있기를 바랍니다. 저는 학교 보건교사, 의사와 필
요하다면 저의 자녀의 건강상태를 의논할 수 있기를 바랍니다.

학부모 서명: _____ 날짜: _____