

同善堂中學 協助使用藥物授權書

本人_____為_____班_____ (學生姓名)的家長/監護人，現授權同善堂中學為本人的子女協助使用以下藥物。

使用藥物的資料:

連續用藥日數: _____年_____月_____日---_____年_____月_____日

如非處方藥物，請詳細填寫下表(如未能知悉藥物名稱則應明確指出該藥用途):

(1)藥物名稱_____ 用法:_____ 用量:_____ 用藥時間:_____

(2)藥物名稱_____ 用法:_____ 用量:_____ 用藥時間:_____

(3)藥物名稱_____ 用法:_____ 用量:_____ 用藥時間:_____

(4)藥物名稱_____ 用法:_____ 用量:_____ 用藥時間:_____

家長/監護人簽署:_____ 聯絡電話:_____ 日期:_____

>>如有需要，家長/監護人請複印此表格<<