

पिकरिङ्टन स्कूल्स (Pickerington Schools)

विशेष स्वास्थ्य स्याहार सेवाहरूका लागि अनुरोध चिकित्सकको अनुमति

आदरणीय चिकित्सक:

_____ मा बस्ने तपाईंको आमाबुवा,

र _____ मा जन्मेकाहरू पिकरिङ्टन स्कूल्समा उपस्थित भइरहेका छन्।

यस विद्यार्थीको आमाबुवा वा अभिभावकले विद्यार्थी विद्यालयमा हुँदा विशेष स्वास्थ्य स्याहारसम्बन्धी प्रक्रियाहरू उपलब्ध गराउन अनुरोध गर्दै हुनुहुन्छ। हामी विद्यालयको स्थानमा उपलब्ध गराउनुपर्ने स्वास्थ्यसम्बन्धी जानकारी र सेवाहरू पहिचान गर्नमा तपाईंको सहायताका लागि अनुरोध गर्दै छौं। हामी तपाईंको बिरामीका लागि उपयुक्त र सुरक्षित शैक्षिक अनुभव उपलब्ध गराउन तपाईंसँग काम गर्न तत्पर छौं।

प्रक्रिया:

- ☐ मैले लिखित रूपमा संलग्न प्रक्रिया समीक्षा गरी अनुमोदन गरेको छु।
- ☐ मैले मेरो लिखित परिमार्जनका साथ संलग्न प्रक्रिया समीक्षा गरी अनुमोदन गरेको छु।
- ☐ कृपया मेरो समीक्षा र/वा कुनै पनि प्रक्रिया अनुमोदन गर्नुअघि यस विषयमा छलफल गर्नका लागि मलाई सम्पर्क गर्नुहोस्।

अन्य सिफारिसहरू:

कृपया समय, तालिका, उपचारको अवधि, कुनै विशेष सावधानी वा सम्भावित प्रतिक्रिया र हस्तक्षेपहरू समावेश गर्नुहोस्।

चिकित्सकको अनुमति:

प्रदायकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

प्रदायकको नाम: _____ फोन: _____

ठेगाना: _____