MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

ကိုယ်တိုင်သယ်ဆောင်လာသော Inhaler (ရှူသွင်းကိရိယာ) အသုံးပြုမှုအတွက် ထုတ်ပြန်ကြေညာချက်

ရက်စွဲ။ _____

ကျောင်းသူ/သားအမည်။ _____ ID#: _____ မွေးသက္ကရာဇ်။ _____

ကျောင်း။ _____ အတန်း။ _____

အောက်ဖော်ပြပါ ကျောင်းသား/သူ အတွက် အောက်ပါ Inhaler (ရှူသွင်းကိရိယာ) ကို သင့်လျော်စွာ အသုံးပြုမှုရန် သတ်မှတ်ထားပါသည်-

_____

(Inhaler အမည်)

အထက်အမည်ဖြင့်ဖော်ပြထားသော ကျောင်းသား/သူ အနေဖြင့် ၎င်း၏ inhaler အား အသုံးပြုခွင့်ရှိသည်ဟု ကျွန်ုပ်တို့ ဘက်မှ ယုံကြည်ရပါက ၎င်း၏ တစ်ကိုယ်ရည်သုံး inhaler ကို ယူဆောင်ရန် သို့မဟုတ် သူ/သူမ၏ စာသင်ခန်းအတွင်း ထားရှိရေးအတွက် ခွင့်ပြုပေးရန် တောင်းဆိုပါသည်။

ကျောင်းသား/သူအနေဖြင့် inhaler အသုံးပြုခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက်၊ သင့်လျော်သည့် နည်းလမ်းနှင့် အကြိမ်အရေအတွက် ကို သင်ကြားခဲ့ပြီး နားလည်သဘောပေါက်ပြီးဖြစ်ပါသည်။ ကျောင်းသား/သူ အနေဖြင့် သူ/သူမ၏ ကျန်းမာရေးစောင့် ရှောက်မှုထောက်ပံ့သူက အတည်ပြုထားသော အိမ်နှင့်ကျောင်းအတွက် ပန်းနာရင်ကျပ်ရောဂါဆိုင်ရာ အရေးယူ ဆောင်ရွက်မှုအစီအစဉ်တစ်ခု ရှိပါသည်။

တွဲဘက်လက်မှတ်ရေးထိုးသူများဖြစ်သည့် ကျန်းမာရေး ထောက်ပံ့သူနှင့် မိဘဖြစ်သည့် ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ကျောင်းသား /သူ၏ inhaler ဆိုင်ရာ ဘေးအန္တရာယ်ကင်းရှင်းမှုအတွက် Milwaukee အစိုးရ ခရိုင်ကျောင်းများနှင့်၎င်း၏ဝန်ထမ်းများ၊ အေးဂျင့်များ နှင့် အရာရှိများအား တာဝန်ယူရန် မည်သည့်တောင်းဆိုမှုကိုမျှ မပြုလုပ်ပါ။

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူ အမည်	ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူ လက်မှတ်
မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည်	မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်
သူနာပြု အမည်	သူနာပြု လက်မှတ်
ကျောင်းအကြီးအကဲ အမည်	ကျောင်းအကြီးအကဲ လက်မှတ်