



Colégio de Santa Rosa de Lima - Secção Chinesa

Rua de Santa Clara, N.º 21, Macau

聖羅撒女子中學中文部

校址：澳門南灣家辣堂街 21 號 電話：28713702

協助學生服藥授權書

本人_____（監護人/法定監護人姓名），聲明為_____（班別）

_____學生的監護人/法定監護人，該學生於_____年_____月_____日

（就診日期）因_____（診斷）

原因，授權校方人員為本人子女在校期間服用以下醫生處方之藥物，詳細資料如下：

用藥日期：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日		
藥物名稱		
劑量		
服藥時間		
用法	口服 / 外搽_____ / 滴_____	口服 / 外搽_____ / 滴_____
備註：校方人員只協助學生服用本澳執業西醫的處方藥，如發現藥物為非醫生處方、藥物過期、超出醫生建議服藥時間、學生不合作服藥，為安全考量，將不會協助用藥。		

特此聲明。

監護人/法定監護人簽名

_____年_____月_____日