



학부모님께 드리는 처방약 투여 조치 확인서

Letter to parents confirming arrangements for administration of prescribed medication

학부모/보호자 귀하

이 편지는 귀하의 요청대로 학교에서 자녀에게 처방약을 투여하는 것에 동의했음을 알려 드리기 위한 것입니다. 본교는 요청된 시간에 (아래 명시) 투약하도록 노력할 것이나 불가피하게 시간이 약간 변경되는 경우도 있습니다. 이 점에 대해 우려되실 경우에는 저에게 연락해 주시기 바랍니다. 본교는 아래 명시된 사람이 해당 약품을 학교에 전달할 것이라는 것에 동의했습니다.

귀하께서는 필요한 처방약 및 관련 장비를 제공하셔야 됩니다. 처방약을 정해진 방식으로 보내지 못하실 경우에는 저에게 연락하여 대체 방법을 상의하시기 바랍니다.

자녀의 교내 질환 관리는 교직원들이 자청하여 지원해 드리는 것입니다. 이 조치는 매년 혹은 자녀의 질환관리에 변경 사항이 있을 때 혹은 이 계획이 실행될 수 없는 상황이 발생할 때 재검토될 것입니다.

어떤 이유로든 자녀의 질환 관리에 변경사항이 생길 경우에는 가급적 빨리 학교에 알려 주셔야 합니다. 이러한 지원 조치에 대해 우려사항이나 문의사항이 있으실 경우에는 언제든지 학교에 연락해 주시기 바랍니다.

이 계획을 실행할 수 없는 상황이 발생할 경우에는 제공하신 전화번호로 연락해 드리겠습니다.

학생 이름 _____ 학급 _____
Name of student Class

약을 학교로 전달하는 사람의 이름 _____
Name of person delivering the medication to school

투약 시간 _____
Time/s of administration of medication

학교장 이름 _____
Name of Principal

학교장 서명 _____ 날짜 _____
Signature of Principal Date

자가 투약 요청을 하지 않았을 경우 아래 항목은 무시하십시오.

자가투약 요청 (SELF MEDICATION REQUEST)

자녀가 자가투약하도록 요청하신 경우, 귀하의 요청은 신중하게 고려되었습니다.

자녀의 자가투약에 대한 귀하의 요청은:

- 수락되었습니다. 본교는 귀하와 계속 협력하여 자녀가 이 약을 자가투여하는 것을 지원할 것입니다. (supported. The school will continue to work with you to support your child in managing the administration of this medication.)
- 수락되지 않았습니다. 학교에 연락해 주십시오. (not supported, please contact the school.)