学生在校药物使用 委托书

 **Medication Permission Form**

**学生姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 生日：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 班级:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**药物名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**使用时间:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 使用剂量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**家长签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 办公室人员签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **日期：**

**学生用药时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 经办人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Witness:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **日期：**