



## Permission for Medication Form

แบบฟอร์มการอนุญาตให้ใช้ยา

Name of Student \_\_\_\_\_ Nickname \_\_\_\_\_ Level \_\_\_\_\_

ชื่อนักเรียน

ชื่อเล่น

ระดับชั้น

Parent /Guardian Name \_\_\_\_\_

ชื่อบิดา มารดา/ผู้ปกครอง

Address \_\_\_\_\_

ที่อยู่

Email Address: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

อีเมล

เบอร์โทรศัพท์

I hereby authorize TIS nurse to administer the following medication to my child.

ข้าพเจ้าอนุญาตให้พยาบาลของโรงเรียนนานาชาติทีโอดอร์จัดยาให้บุตรหลานของข้าพเจ้า ดังรายการต่อไปนี้

Medication \_\_\_\_\_ Dosage \_\_\_\_\_

ยา

ปริมาณ

Prescription \_\_\_\_\_

ใบสั่งยา

Date(s) in which medication is to be given \_\_\_\_\_

ระยะเวลาในการให้ยา (วัน)

Time (s) in which medication is to be given \_\_\_\_\_

เวลาในการให้ยา

Parent's Signature \_\_\_\_\_

ลายเซ็นบิดา มารดา

Date: \_\_\_\_\_

วันที่

Date วันที่	Dosage ปริมาณ	Time เวลา	Nurse Signature (Full name) ลงชื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบ