

## 國立嘉義特殊教育學校服藥委託書

本人子女\_\_\_\_\_係\_\_\_\_\_部\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_班學生，  
於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起，至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止，  
因\_\_\_\_\_，需長期或臨時服用藥物，於詳讀、詳填下列  
服用藥品說明後，委由教師、教師助理員、學校護理人員代為協助  
服藥，本人敬表同意，並負完全責任，為求慎重特立此委託書。

此致

國立嘉義特殊教育學校

處方簽或藥單浮貼處

如該處不夠張貼，可貼於背面。惟影印  
時需一併影印並於處方簽上出具家長  
簽章以示證明！

立委託書人：\_\_\_\_\_

與該生之關係：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 服用藥品說明

一、疾病名稱：\_\_\_\_\_

二、服用方式：\_\_\_\_\_

(一) 藥名：\_\_\_\_\_

(二) 一天\_\_\_\_\_次，每次用量：\_\_\_\_\_

(三) 服用時間：\_\_\_\_\_

(四) 注意事項：\_\_\_\_\_

三、本校僅協助由醫院、診所醫師處方所開出藥劑之委託，非醫師開的藥方，如坊間秘方、成藥、草藥等，一律拒絕代為協助服藥。