**SAĞLIK HİZMETLERİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ**

**İLAÇ KULLANIM FORMU**

**Öğrencinin**

Adı Soyadı :

Sınıfı :

Tarih :

#### **Velisi bulunduğumuz yukarıda açık kimliği yazılı okulunuz öğrencisinin, ekte reçetesi sunulmuş olan…...….….……………………rahatsızlığından dolayı günde ……………defa/doz .………………………saatlerinde …………………………………………………………..belirttiğim ilaçları kullanması gerekmektedir.**

**Öğrenci Velisi**

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: