|  |
| --- |
| **KADRİYE SAN ÇOÇUK EĞİTİM MERKEZİ** **REÇETESİZ İLAÇ TESLİM FORMU** |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  |
| **Öğrencinin Sınıfı** |  |
| **İlacın Adı** |  |
| **İlacın Adı- Kullanım Şekli** | **GÜN SAYISI (İlacı kaç gün boyunca kullanılacağı)** | **DOZ MİKTARI (İlacın gün içindeki kullanım miktarı ve dozu)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Varsa Kurum Hemşiresine İletilecek Not** |  |
| **Öğrenci Velisinin****Adı – Soyadı - İmzası** |  |

|  |
| --- |
| **KADRİYE SAN ÇOÇUK EĞİTİM MERKEZİ** **REÇETESİZ İLAÇ TESLİM FORMU** |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  |
| **Öğrencinin Sınıfı** |  |
| **İlacın Adı** |  |
| **İlacın Adı- Kullanım Şekli** | **GÜN SAYISI (İlacı kaç gün boyunca kullanılacağı)** | **DOZ MİKTARI (İlacın gün içindeki kullanım miktarı ve dozu)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Varsa Kurum Hemşiresine İletilecek Not** |  |
| **Öğrenci Velisinin****Adı – Soyadı - İmzası** |  |