

លិខិតអនុញ្ញាតដើម្បីទាក់ទងវេជ្ជបណ្ឌិត

Authorisation to contact doctor

មាតា/បិតា/អ្នកថែទាំសិស្សត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះជាភាសាអង់គ្លេស

ឈ្មោះសិស្ស _____
Name of student

ឈ្មោះសាលាដែលសិស្សចុះឈ្មោះរៀន ឬមានបំណងចង់ចុះឈ្មោះចូលរៀន

Name of school

ខ្ញុំបានទទួលការណែនាំថា ៖

1. សាលាអាចត្រូវការពិភាក្សាជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតកូនខ្ញុំអំពីបញ្ហាទាក់ទងនឹងស្ថានភាពសុខភាពរបស់កូនខ្ញុំ ដើម្បីឲ្យសាលាអាចបង្កើត និងអនុវត្តផែនការថែទាំសុខភាពសម្រាប់សិស្សម្នាក់ៗ។
2. ព័ត៌មានដែលសាលាអាចស្វែងរក រួមមានព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី(ទំនាស់) និងហានិភ័យនៃប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីធ្ងន់ធ្ងរ និងស្ថានភាពសុខភាពដទៃទៀតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សាលាក្នុងការផ្តល់ជំនួយដល់កូនរបស់ខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលសិក្សា និងសកម្មភាពផ្សេងៗដែលស្ថិតក្រោមការមើលថែរបស់សាលា។

ខ្ញុំបានទទួលការណែនាំថា ព័ត៌មានដែលផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតទៅសាលារៀន អាចនឹងត្រូវយកទៅប្រើប្រាស់ ឬបញ្ចេញដោយបុគ្គលិករបស់សាលា ក្នុងគោលបំណងបង្កើត និងអនុវត្តផែនការថែទាំសុខភាពសម្រាប់សិស្សម្នាក់ៗ។

ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យអ្នកជំនាញសុខភាពដូចបានកំណត់ខាងក្រោម ផ្តល់ជូនក្រសួងអប់រំ និងសហគមន៍/សាលានូវព័ត៌មានទាក់ទងនឹងប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី និងហានិភ័យនៃប្រតិកម្មទំនាស់ធ្ងន់ធ្ងរ និងស្ថានភាពសុខភាពដទៃទៀតរបស់កូនខ្ញុំ រួមទាំងបញ្ហាក្នុងការសិក្សាដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សាលាក្នុងការផ្តល់ជំនួយដល់កូនរបស់ខ្ញុំក្នុងអំឡុងពេលសិក្សា និងសកម្មភាពពាក់ព័ន្ធផ្សេងៗទៀតរបស់សាលា។

ព័ត៌មានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត (Doctor's information) ៖

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត ៖ _____
Name of doctor

អាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ៖ _____
Address of doctor

លេខទូរស័ព្ទរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ៖ _____
Doctor's phone number

លេខទូរស័ព្ទចល័តរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ប្រសិនបើមាន ៖ _____
Doctor's mobile

អ៊ីម៉ែលរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ប្រសិនបើស្គាល់ ៖ _____
Doctor's email

លេខទូរសាររបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ប្រសិនបើស្គាល់ ៖ _____
Doctor's fax

ហត្ថលេខាមាតា/បិតា/អ្នកថែទាំ _____
Signature of parent/carer

ឈ្មោះមាតា/បិតា/អ្នកថែទាំ (សូមសរសេរអក្សរឲ្យបានច្បាស់) _____
Name of parent/carer