*****Massachusetts Department of***

***Elementary and Secondary Education***

### 75 Pleasant Street, Malden, Massachusetts 02148-4906 전화: (781) 338-3000 전신 인자기: N.E.T. 릴레이 1-800-439-2370

| Jeffrey C. Riley  *국장* |  |
| --- | --- |

**의료상 이유로 학생이 임시 가정 또는 병원 교육이 필요하다는   
의사 확인서**

매사추세츠 초중등 교육부 규정 603 CMR 28.03(3)(c)는 아래와 같이 규정하고 있습니다:

공립학교에 등록한 학생이 … 의료상의 이유로 인하여 **하루 또는 하룻밤 단위로** 또는 한 학년도에 수업일 기준으로 14일 이상의 기간 동안 **가정이나 병원 또는 이 두 곳을 절충하여 교육을 받아야 한다는** 것을 확인하는 의사의 서면 처방을 받는 즉시, 그 학생은 처방된 해당 환경에서 임시로 공립학교 교육구로부터 교육 서비스를 받을 수 있습니다 …

**유효한 서비스 승인을 받기 위하여 본 양식을 완전히 작성하고**

**필요한 모든 정보를 제공해야 합니다.**

**작성된 본 양식을 자녀의 교육구에 제출하십시오**

**학생 정보 :**

학생 이름 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_생년월일: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_교육구명: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**의사 정보:**

의사 이름: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

승인자 직위 (의학박사 또는 임상간호사): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

면허증 번호: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

주소: \_ \_

\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

본인은 상기 학생이 하루 또는 하룻밤 단위로 아래 표시된 장소에 머물러 있어야 할 의료상의 필요가 있음을 확인합니다:

□ 가정, 또는 □ 병원 또는 □ 두 곳을 절충

아래 표시된 기간 동안:

□ 최소한 14일, 또는 □ 현 학년도 기간 동안 반복적으로 발생하여 최소 14일까지 누적되는 기간 동안, 의료적 진단 및 이유(들)로 인하여 학생은 가정 또는 병원에 격리되어야 하며, 그렇지 않으면 의료상의 이유로 학교에 다닐 수 없습니다:

학생이 병원에 입원한 날짜 또는 가정에 격리가 시작된 날짜: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

학생이 가정 또는 병원에 있는 동안 이러한 상태로 인하여 정규 학습량을 줄일 필요가 있는 경우, 해당 제한 사항을 설명하십시오:

학생이 가정 또는 병원에 있는 동안 이러한 건강 상태로 인하여 교육 프로그램에 대한 다른 조정이 필요한 경우, 해당 내용을 설명하십시오:

학생이 학교에 복귀할 예정일은 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_일 (날짜를 제공하여야 함) 입니다.

*(이 날짜 이후에도 지속적으로 의료상의 필요가 있는 경우, 학생의 부모 또는 보호자는 가정 및/또는 병원에서 교육 서비스를 계속 받아야 할 필요성을 확인하기 위하여 의사가 서명한 새로운 양식을 교육구에 제출하여야 합니다)*.

**가정/병원 학습 서비스에 대한 학생의 의료상 필요성에 관한 의사 진술서**

*본인은 상기 학생의 치료의로서 학생의 치료를 담당하고 있습니다. 본인은 이로써 위에서 설명된 의료상의 이유로 학생이 최소 14일의 기간 동안 또는 학년도 기간 동안 반복적으로 발생하여 최소 14일까지 누적되는 기간 동안 하루 또는 하룻밤 단위로 가정이나 병원, 또는 이 두 곳을 절충하여 있어야 한다는 것을 증명합니다.*

**의사 서명**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**서명일**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

추가 정보가 필요하시면 웹사이트 <https://www.doe.mass.edu/prs/sa-nr/default.html>을 방문하시거나 문제 해결 시스템 사무실 (781) 338-3700으로 전화하십시오.

**작성된 양식을 자녀의 교육구에 제출하십시오**