

MASK လိုအပ်ချက်များမှ ကင်းလွတ်ခွင့်အသိအမှတ်ပြုခြင်း

ယခုအချိန်တွင် Urbandale Community Schools (“ District”) သည် COVID-19 ကူးစက်ပြန့်ပွားခြင်းကိုကာကွယ်ရန်ကျိုးကြောင်းဆီလျော်သော အစီအမံများပြုလုပ်လျက် (၂- လွှာ) မျက်နှာဖုံး (သို့) မျက်နှာဖုံး (“ ၂- လွှာ”) ကိုအသုံးပြုရန်လိုအပ်သည်။ Mask”) ကိုခရိုင်မှသတ်မှတ်ထားသောဆက်တင်များ (“ Mask Requirement”) ဤကင်းလွတ်ခွင့်လက်မှတ်ကို

လက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့်သင် (သို့) သင့်ကလေးသည်ခရိုင်၏မျက်နှာဖုံးလိုအပ်ချက်များမှက

င်းလွတ်ခွင့်ရထိုက်ကြောင်းသင်ကိုယ်စားပြုပြီးသက်သေပြသည်။

_____ (အမည်) _____ (မွေးသက္ကရာဇ်)

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကင်းလွတ်ခွင့်အတွက်

_____ (အမည်) အရည်အချင်းပြည့်မီသောကြောင့်အိုင်အိုဝါလိုင်စင်ရဆရာဝန် (MD သို့မဟုတ် DO)၊ သူနာပြုဆရာမ (သို့) ဆရာဝန်အကူ၏ထင်မြင်ယူဆချက်များ၊ မျက်နှာဖုံးများသည်ကျန်းမာရေးနှင့်ကျန်းမာရေးကိုဆိုးရွားစွာထိခိုက်စေသောကြောင့်လိုအပ်ချက်များသည်ဆေးပညာအရဆန့်ကျင်သည်။ ခရိုင်၏လူတစ် ဦး ၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့် Mask ၏လိုအပ်ချက်အပေါ်သက်ရောက်မှုအားအတည်ပြုရန်နှင့်ထိုကဲ့သို့သောလိုအပ်ချက်များအားဖြစ်နိုင်သေ ဝာပြုပြင်မွမ်းမံရန်အကဲဖြတ်ရန်နောက်ထပ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစာရွက်စာတမ်းများတောင်းနိုင်သည်။

ခရိုင်၏မျက်နှာဖုံးလိုအပ်ချက်များမှကင်းလွတ်ခွင့်လက်မှတ်ကိုလက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် Mask များအသုံးပြုခြင်းမရှိခြင်းသည်သင် (သို့) သင့်ကလေး (သို့) အခြားသူများကိုကူးစက်ခြင်း၊ စာချုပ်ချုပ်ဆိုခြင်း၊ သယ်ဆောင်ခြင်းနှင့်ပြန့်ပွားစေခြင်းတို့ကိုပိုမိုအန္တရာယ် ဝ င်စေနိုင်သည်။ Mask များကိုအခြားနည်းလမ်းများဖြင့်သင့်လျော်သောနေရာထိုင်ခင်းအဖြစ်အကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည်။ COVID-19 ကူးစက်ရောဂါဖြစ်ပွားနေစဉ်ဆေးဝါးနှင့်ဘာသာရေးကင်းလွတ်ခွင့်ပြုထားသူတစ် ဦး သည်ကျောင်းနှင့်ကျောင်းလုပ်ငန်းများမှဖယ်ထုတ်ခံရနိုင်သည်။ **ကျေးဇူးပြု၍**

ဤဖြည့်စွက်ထားသောပုံစံကိုသင်၏ကျောင်းသူနာပြုထံပြန်ပေးပါ။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအမည်လက်မှတ်

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအမည်

ရက်စွဲ

MD/DO/NP/PA လက်မှတ်

ပုံနှိပ်နံပါတ်နှင့်လိုင်စင်အမှတ်

ရက်စွဲ

(ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကင်းလွတ်ခွင့်သည်နောင်ရက်စွဲတစ်ခုတွင်ကုန်ဆုံးလျှင် ကျေးဇူးပြု၍ သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည့်နေ့စွဲကိုဖော်ပြပါ။)

ဘာသာရေးကင်းလွတ်ခွင့်အတွက်

_____ (အမည်) သည်ဤအချက်များသည်ဘာသာရေးနှင့်မသက်ဆိုင်သောအတွေးအခေါ်၊
သိပ္ပံနည်းကျ၊ ကိုယ်ကျင့်တရား၊ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာသို့မဟုတ်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာဆန့်ကျင်မှုမျှ

ားကိုသာအခြေခံထားခြင်းမရှိသောကြောင့်အရည်အချင်းပြည့်မီသည်။

ခရိုင်၏မျက်နှာဖုံးလိုအပ်ချက်များမှကင်းလွတ်ခွင့်လက်မှတ်ကိုလက်မှတ်ထိုးခြင်းအားဖြင့် Mask
များအသုံးပြုခြင်းမရှိခြင်းသည်သင် (သို့) သင့်ကလေး (သို့) အခြားသူများကိုကျူးခြင်း၊
သယ်ဆောင်ခြင်းနှင့်ပြန့်ပွားစေခြင်းတို့ဖြစ်စေသည်ဟုသင်ပိုမိုနားလည်သဘောပေါက်သည်။ Mask
များကိုအခြားနည်းလမ်းများဖြင့်သင့်လျော်သောနေရာထိုင်ခင်းအဖြစ်အကောင်အထည်ဖော်နိုင်သည်။

COVID-19 ကူးစက်ရောဂါဖြစ်ပွားနေစဉ်ဆေးဝါးနှင့်ဘာသာရေးကင်းလွတ်ခွင့်ပြုထားသူတစ် ဦး
သည်ကျောင်းနှင့်ကျောင်းလုပ်ငန်းများမှဖယ်ထုတ်ခံရနိုင်သည်။ **ကျေးဇူးပြု၍**

ဤဖြည့်စွက်ထားသောပုံစံကိုသင်၏ကျောင်းသူနာပြုထံပြန်ပေးပါ။ လိမ်လည်မှု၏ပြစ်ဒဏ်အောက်၌
ကျွန်ုပ်သည် Iowa ပြည်နယ်၏ဥပဒေများနှင့်အညီရှေ့ကမှန်သည်၊ မှန်သည်။ ဘာသာရေးကင်းလွတ်ခွ

င့်သည်အသိအမှတ်ပြုခံရမှသာတရားဝင်သည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ်

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည်

ရက်စွဲ

ဤ _____၊ 20_____ နေ့က Iary ပြည်နယ်၊ Notary Public တွင်ကျွန်ုပ်ရှေ့တွင်ကျမ်းသစ္စာကျိ

န်ဆိုပြီးစာရင်းပေးသွင်းပါ။

Notary ပြည်သူ့ဝန်ထမ်း