

Rokotuslupa

Työntekijän nimi _____

Tutkinto _____

Palveluntuottaja/työyksikkö _____

___ Rokotuslupa, suppea (influenssa, tetanus, pneumokokkrokotus)
Tenttisuorituksena LOP-osion suorittaminen.

Lupa on voimassa ___ / ___ 20 ___ asti

Sitoudun toteuttamaan lääkehoitoa palveluntuottajan ohjeiden mukaisesti.

___ / ___ 20 ___
Työntekijän allekirjoitus ja nimenselvennys

Lupaan vaadittavat suoritukset varmistanut

___ / ___ 20 ___
Esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys

Luvan myöntäjä

___ / ___ / 20 ___
Lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys

Alkuperäinen lääkehoitolupa säilytetään työyksikössä. Työntekijälle annetaan kopio.