
机构公章

确认函

社区机构

(学校、日间托儿所、幼儿园、童屋)

如果在进行控制或者必要时进行治疗后孩子再无头虱，请填写确认函并提交给机构的主管，之后方可返回社区机构。

儿童姓名

请在相关项前画×：

在我的孩子身上未发现头虱/虱卵：

我已阅读须知单

我已根据说明对我的孩子进行了检查，没有发现头虱和虱卵，并且还会在 14 天内每周检查 2 次

在我的孩子身上发现了头虱/虱卵：

我使用（名称）.....药剂对孩子进行了首次治疗，为了确保效果将在 8-10 天后进行重复治疗。

我在首次治疗 12 个小时后没有发现存活的头虱。

我将在成功治疗之后的 2 周内，用篦子对我孩子的头发每周进行 2 次后续检查。

日期

父母/监护人签名