

ကာကွယ်ဆေးခွင့်ပြုချက်ဖော်ပြချက်

ကျွန်ုပ်သည်- (က) အသက် ၁၈ နှစ်ပြည့်ပြီးသော လူနာဖြစ်ကြောင်း၊ (ခ) လူနာ၏ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ကြောင်း၊ သို့မဟုတ် (ဂ) ခွင့်ပြုချက်ပေးရန် အရည်အချင်းမပြည့်မီသော လူနာ၊ မိမိကိုယ်တိုင်အတွက် ခွင့်ပြုချက်မပေးနိုင်သော လူနာ၊ သို့မဟုတ် ၎င်းတို့ကိုယ်စားခွင့်ပြုပေးရန် တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရထားသူတစ်ယောက်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်သက်သေခံပါသည်။

လူနာအမည် - _____

ကာကွယ်ဆေးအတွက် ရက်ချိန်းယူရာတွင် အထက်ပါဖော်ပြထားသော ကာကွယ်ဆေး(များ)အတွက် EUA ၏ အချက်အလက်စာရွက်စာတမ်းကို ရရှိပြီးကြောင်း ကျွန်ုပ်အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်အား ခွင့်ပြုချက်ပေးရန် တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ပေးထားသောသူအတွက် ကာကွယ်ဆေး(များ)နှင့်ပတ်သက်သော ကောင်းကျိုးနှင့်ဆိုးကျိုးများကို ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပြီး၊ ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးချိန်တွင် စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးရန် ဆေးထိုးရာနေရာ၌ ၁၅ မိနစ်ခန့် နေရမည့်အကြောင်းအရာများ အပါအဝင် သိရှိပြီးသားနှင့် မသိရှိရသေးသော ကာကွယ်ဆေး၏ ဆိုးကျိုးများကို ကျွန်ုပ်လက်ခံပါသည်။ ကျွန်ုပ်အတွက် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က တရားဝင်ခွင့်ပြုထားသော အထက်ပါဖော်ပြထားသော အမည်အတွက် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးရန် ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုပါသည်။

မိဘ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် လူနာကိုယ်စား ခွင့်ပြုချက်ပေးရန် တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်ပေးထားသောသူ၏ လက်မှတ်

ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)