



Australian Government

Department of Home Affairs

# Health undertaking

## ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်

Form

815 MYA

MYANMAR

အရေးကြီးသတိပြုရန် - သင်သည် ဤခံဝန်ချက်စာချုပ်ကို အပြီးသတ်လက်မှတ် မထိုးမီ ဤသတင်းလွှာကို အရင် သေချာစွာ ဖတ်ရှုပါ။ ခံဝန်ချက်စာချုပ်ကို လက်မှတ် ထိုးပြီးသော် မိတ္တူကွဲ သင့်အတွက် မှတ်တမ်း အဖြစ် သိမ်းထားရန် အလေးအနက် အကြံပြု တိုက်တွန်းပါသည်။

### ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်ကို မည်သူတွေလက်မှတ်ထိုးရန် လိုအပ်ပါသနည်း။

ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးရာတွင် တီဘီ အဆုတ်ရောဂါပိုး သို့မဟုတ် အခြားစိုးရိမ်ဖွယ်ရာ ကျန်းမာရေးပြဿနာ ဖြစ်စေမည့်ပိုး စွဲကပ်လာ ကြသည့် ဗီဇာ လျှောက်ထားသူများသည် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက် စာချုပ်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် လိုအပ်ပါသည်။

### ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်ကို မည်သည့်အတွက် ချုပ်ဆိုရပါသနည်း။

ဩစတြေးလျားနိုင်ငံတွင် တီဘီအဆုတ် ရောဂါသည် အများပြည်သူအတွက် စိုးရိမ်ဖွယ်ရာ ဖြစ်သည့် အလွန်ကူးစက်တတ်သော ရောဂါ ဖြစ်သည်။ တီဘီရောဂါကို ကုသလျှင် ပျောက်နိုင် သဖြင့် ဤကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်စာချုပ်၏ ရည်ရွယ်ချက်သည် မလွယ်မရှားဘဲ နေခဲ့သည့် တီဘီရောဂါပိုးများ ပြန်လည်လွှဲပြောင်း လာနိုင်မည့် အလားအလာ အန္တရာယ်ရှိသော ပုဂ္ဂိုလ်များ ဩစတြေးလျားသို့ ရောက်သည်နှင့် လိုအပ်သည့်ပြုစုကုသမှု ရရှိရေး သေချာစေရန် အတွက် ဖြစ်ပါသည်။

သင်ဆေးစစ်ခံရချိန်တွင်၊ သင့်မှာ တီဘီ ရောဂါ ရှင်သန်မြင့်တက်နေခြင်း မရှိ ကြောင်းဆရာဝန်များ က ကျေနပ်သည်။ သို့သော်လည်း၊ အချို့ တဦးခြင်းတွင် အန္တရာယ် ရှိ နိုင်သေး သည့် အတွက်၊ ဤရောဂါ သည် ဩစတြေးလျတွင် ရောဂါ ထပ်ပြီး မဖွံ့ဖြိုး ရန် အတွက် နောက်ဆက်တွဲ ဆေး စစ် ကုသ ရန် လိုအပ်သည်။

သင့် အနေဖြင့် အခြား ရော ဂါ အခံများ ဖြစ်တဲ့ အသံရောင်ရောဂါများ Hepatitis B, Hepatitis C, HIV ရောဂါ များ နှင့် အနုရောဂါ များ ရှိ ခဲ့လျှင် ခံဝန်ချက် လက်မှတ်ထိုး ရမည် ဖြစ်သည်။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်သည် သင်နှင့် ဩစတြေးလျား နိုင်ငံအစိုးရအကြား နှစ်ဦးနှစ်ဖက် သဘောတူစာချုပ်ဖြစ်သည်။ ဤစာချုပ်အရ သင်သည်ကျန်းမာရေးအာဏာပိုင် ဆေးခန်းသို့ နောက်ထပ်ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးရန် ချိန်းဆိုလျှင် မပျက်မကွက်သွားရမည်ဖြစ် သည်။ ဤကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းအားဖြင့် သင် သည် ကျန်းမာရေးဆေးခန်းက ဆေးကုသမှု သို့မဟုတ် စမ်းသပ်စစ်ဆေးမှု ပြုရန်ညွှန်ကြား လျှင်လည်း လိုက်နာပါမည်ဟု သဘောတူညီရာ ရောက်သည်။

### ယခုကျွန်ုပ် ဘာလုပ်ရမှာလဲ။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် သဘောတူလျှင် ဤပုံစံကိုလက်မှတ်ထိုးပြီး သင်၏ ဗီဇာအတွက် လျှောက်လွှာ ကိုစိစစ်နေသည့် ပြည်ထောင်စုဌာန (ဌာန) ရုံးသို့ ပြန်ပို့ပါ။

လျှောက်ထားသူသည် အသက် ၁၆ နှစ်အောက်၊ တရားဝင် အသက်မပြည့်သေးသူဖြစ်လျှင်၊ ပုံစံ ၈၁၅ ကို မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ တစ်ဦးက လက်မှတ်ထိုးရန် လိုပါမည်။ ပိုလိုက်ပြီးလျှင် သင့်အား ဤပုံစံ၏ မိတ္တူတစ်စောင်ပေးပါလိမ့်မည်။ ယင်းမိတ္တူကို သိမ်းထားပါ။ သင်သည်ဩစတြေးလျားသို့ ရောက်လာပြီးနောက် ကျန်းမာရေး တာဝန်ခံအဖွဲ့နှင့် ဆက်သွယ်သည့်အခါ ဤမိတ္တူကို လိုအပ်ပါလိမ့်မည်။

### ကျွန်ုပ်သည် နိုင်ငံခြားတွင် လျှောက်ထားပြီး ဗီဇာရရှိပြီးနောက် ဩစတြေးလျားသို့ ရောက်လာလျှင် ဘာတွေဖြစ်မည်နည်း။

ဩစတြေးလျားနိုင်ငံ အစိုးရက တီဘီရောဂါ ရင်းနှီးသည့် မိသားစု၊ မိတ်ဆွေများနှင့် တရပ်တည်းနေ လူမျိုးစုထံ ကူးစက်နိုင်သည့် အလားအလာလျော့နည်းနိုင်သလောက် လျော့နည်းသွားစေရန်အတွက် သင့်အား ကနဦး ကျန်းမာရေးဆေးစစ်စမ်းသတ်ခြင်းကို အခမဲ့ ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဆရာဝန်က ဆေးကုသမှု လိုအပ်သည်ဟု ယူဆလျှင် တီဘီရောဂါ ကုသမှု ကို စီစဉ်ပေးပါမည်။

မှတ်ချက်။ ရက်ချိန်းကို အမြန်ဆုံး ယူခြင်းသည် သင့်အတွက် အကျိုးအမြတ်ရှိမည် ဖြစ်သည်။

ဤလျှောက်ထားသည့်ကိစ္စအတွက် သင်သည် ဩစတြေးလျား နိုင်ငံအတွင်း ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးခြင်းခံခဲ့လျှင်

သင့်အနေဖြင့် ဩစတြေးလျား နိုင်ငံ သို့ ရောက်လျှင် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာဝန်ဆောင်ပေးသည့် အိတ်ချ် ယူ အက်စ် HUS ကိုဆက်သွယ် ရမည်။ ဩစတြေးလျား နိုင်ငံ သို့ ရောက်ရှိပြီး ၄ ပတ် အတွင်း အိတ်ချ် ယူ အက်စ် HUS ကိုဆက်သွယ် ရက်ချိန်းယူ ရမည်။ အိတ်ချ် ယူ အက်စ် HUS ကိုမည်သို့ဆက်သွယ် ရမည်ကို အောက်ပါ ဝင်ဆိုက်တွင် ကြည့်ပါ။

<https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/health-undertaking>

ဤလျှောက်ထားသည့်ကိစ္စအတွက် သင်သည် ဩစတြေးလျား နိုင်ငံအတွင်း ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးခြင်းခံခဲ့လျှင်

သင်၏ ဗီဇာကို ဩစတြေးလျ နိုင်ငံ တွင် ရရှိ ထား ခြင်း ဖြစ် ပါက၊ သင့် ကို ဩစတြေးလျ ကျန်းမာရေး ဆေးခန်းသို့ တိုက်ရိုက် ညွှန်း ထားပြီးဖြစ် မည်။ သို့သော်လည်း၊ သင်၏ ဗီဇာကို ခွင့်ပြုပြီးနောက် ၄ ပတ်အတွင်း သင်၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို HUS တွင် စာရင်းသွင်းထားရပါမည်။ HUS ကို အဆက်အသွယ်ပြုရန် အသေးစိတ် အချက်အလက် များ ကို အောက်ပါ ဝင်ဆိုက် မှ ရရှိ နိုင်သည်။

<https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/health-undertaking>

### ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ပြောင်းလဲသွားလျှင် ဘာဖြစ်မည်နည်း။

သင်၏ အခြေအနေ ပြောင်းလဲသွားလျှင် သင့်ဗီဇာအတွက် စိတ်ပူစရာမလိုပါ။ သင်ချုပ်ဆိုထားသည့် ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်နှင့်အညီ သက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေး အာဏာပိုင်ထံသို့ သွားတွေ့ရန်ကတော့ အရေးကြီးပါသည်။ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် နိုင်ငံသားခံယူရေးဌာန အနေနှင့် သင်၏ရောဂါ အခြေအနေကို အောင်မြင်အောင် ကုသရန် ဆန္ဒရှိပါသည်။

### ကျန်းမာရေးဆေးခန်းကို ကျွန်ုပ်အဘယ်ကြောင့် တက်ရမည်နည်း။

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်ပါ လိုအပ်ချက်များနှင့်အညီ ဆောင်ရွက်ခြင်းသည်သာလျှင် သင့်အတွက် အကျိုးအရှိဆုံးဖြစ်ပါသည်။ သင်၏မိသားစု၊ မိတ်ဆွေများနှင့် ရပ်ရွာအတွင်း တီဘီရောဂါ ပြန့်ပွားမှုအန္တရာယ်ကို လျော့ချနိုင်ရန် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးခြင်းမှာ မရှိမဖြစ် လိုအပ်သည်။ ဆရာဝန်က လိုအပ်သည်ဟု ယူဆလျှင် တီဘီရောဂါကုသမှုကို စီစဉ်ပေးပါမည်။

### သင်၏ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အကြောင်းအရာလျှို့ဝှက်သိမ်း စည်းထားမှု

၁၉၈၈ ခု ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ တွင် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး အချက် အလက်များ ကို ကောက်ယူ ရာ တွင် ဩစတြေးလျ နိုင်ငံ ဆိုင်ရာ ထိန်းချုပ်ထား သည့် မူ ၁၃ ချက် အရ ကိုင်တွယ်ခြင်းဖြစ်သည်။ ဤအနေဖြင့် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ဆိုင်ရာ ကိစ္စများ ကို စုဆောင်းခြင်း၊ အသုံးပြုခြင်း၊ ဖော်ထုတ်ခြင်း နှင့် ပတ်သက်သည့် ကိုင်တွယ် ပုံများကို form 1442i Privacy notice ပုဂ္ဂိုလ်ရေး ဆိုင်ရာ အသိပေးခြင်း ပုံစံ ၁၄၄၂ (အိုင်) တွင် တွေ့ရှိ နိုင်သည်။ ဤ ၏ ကိုင်တွယ် ဆောင်ရွက် နည်းဆိုင်ရာ (၁၄၄၄အိုင် အပါ အဝင်) တို့ ကို ဤ န ၏ အောက်ပါ ဝင်ဆိုက် တွင် ရရှိ နိုင်သည်။

<https://www.homeaffairs.gov.au/access-and-accountability/our-commitments/privacy>

ဤစာမျက်နှာကို တမင်သက်သက် ဗလာချန်ထားသည်။



Health undertaking  
ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်

Form  
815 MYA  
MYANMAR

Please read the information about your health undertaking on page 1 of this form.

Please use a pen, and write neatly in English using BLOCK LETTERS.

Tick where applicable ☒

ဤစာချုပ်မှာ ၁ တွင်ပါရှိသော သင်၏ ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက် စာချုပ်အကြောင်း ရေးသား  
ဖော်ပြထားသည်ကို ဖတ်ရှုပါ။

အင်္ဂလိပ်ဘာသာ ပုံနှိပ်စာလုံးကြီးများ သုံးလျက် ရှင်းရှင်း ရေးသားပါ။

ဆီလျော်သောနေရာတွင် ☒ အမှန် အမှတ်အသား ရေးမှတ်ပါ။

Your details

သင်နှင့်သက်ဆိုင်သည့် အသေးစိတ် အချက်အလက်များ

1 Your full name

သင်၏အမည် အပြည့်အစုံ

Family name

မိသားစု

ရိုးရာအမည်

Given names

သင့်အား

မှည့်ထားသော

အမည်များ

2 Date of birth

မွေးနေ့

DAY MONTH YEAR  
နေ့ရက် လ နှစ်

/ /

3 Do you have a passport?

သင့်ထံတွင် နိုင်ငံကူးလက်မှတ်ရှိပါသလား။

No

မရှိပါ

Yes

ရှိပါသည်

Give details

အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။

Passport number

နိုင်ငံကူးလက်မှတ် နံပါတ်

Country of passport

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်

ထုတ်ပေးသည့် တိုင်းပြည်

Date of issue

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်

ထုတ်ပေးသည့် နေ့စွဲ

Date of expiry

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်

သက်တမ်းကုန်ဆုံးသည့်နေ့

Issuing authority/

Place of issue as

shown in your

passport

ထုတ်ပေးသည့် အာဏာပိုင်/

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်တွင်

ပါရှိသော ထုတ်ပေးသည့်နေရာ

**Note:** Most visa applicants will be required to hold a valid passport before they can be granted a visa. It is strongly recommended that the passport be valid for at least 6 months.

If you change your passport after you have been granted a visa you must notify the nearest Australian Visa Office or office of the Department.

**WARNING:** You will not be granted a visa without this information

မှတ်ချက်။ ဗီဇာလျှောက်ထားသူ အများစုအနေနှင့် တရားဝင် နိုင်ငံကူးလက်မှတ် ကိုင်ဆောင်ထားမှသာ ဗီဇာ ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်သည်။ အနည်းဆုံး ၆ လအတွင်း သက်တမ်းမကုန်ဆုံးသေးသည့် နိုင်ငံကူး လက်မှတ်နှင့် လျှောက်ရန် အထူးအကြံပြု ပါသည်။

ဗီဇာရပြီးမှ သင်၏နိုင်ငံကူးလက်မှတ်ကိုလဲလျှင် အနီးဆုံးသစ်ကြေးလျှားဗီဇာရုံး သို့မဟုတ် ဌာနရုံးသို့ အကြောင်းကြားရမည်။

သတိပြုရန် - ဤအချက်အလက်မပါပဲ သင့်အား ဗီဇာထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ပါ။



# Client undertaking

## အမှုသည် ခံယူသည့် ခံဝန်ချက်

**WARNING:** Giving false or misleading information is a serious offence.

- 9 I undertake the following:
- (for applicants outside Australia) to contact the Health Undertaking Service within 4 weeks of my arrival in Australia;
  - (for applicants in Australia) to contact the Health Undertaking Service within 4 weeks of my visa being granted;
  - to report to the health clinic to which I am referred;
  - to place myself under the health clinic's professional supervision and to undergo any required course of treatment, chest x-ray examination or investigation;
  - to inform that health clinic each time I change my address in Australia throughout the period during which my health is being monitored;
  - to inform that health clinic whenever I am about to leave Australia and to report upon my return, throughout the period during which my health is being monitored; and
  - (for applicants outside Australia) to inform the Australian Visa Office where I lodged my application if, before my departure, I change my contact details.

**Note:** If you are an applicant under 16 years of age then a parent or guardian should sign this form.

သတိပြုရန် မဟုတ်မမှန်သော သို့မဟုတ် လွဲမှားသော အချက်အလက်များကို တင်ပြခြင်းသည် ကြီးလေးသော ပြစ်မှုဖြစ်သည်။

ကျွန်ုပ် အောက်ပါတို့ကို ဆောင်ရွက်ရန် ဂတိပြုပါသည်။

- (ဩစတြေးလျား နိုင်ငံပြည်ပမှ လျှောက်ထားသူများအတွက်) ဩစတြေးလျားသို့ရောက်ပြီး ၄ ပတ်အတွင်း ကျန်းမာရေးတာဝန်ခံအဖွဲ့ကို ဆက်သွယ် ရပါမည်။
- (ဩစတြေးလျ နိုင်ငံတွင်းမှ လျှောက်လွှာတင်သူများ အတွက်) ဗီဇာ ရရှိ ပြီး ၄ ပတ် အတွင်း ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှု သို့ အဆက်အသွယ်ပြုရန်။
- ကျွန်ုပ်အား ညွှန်လိုက်သော ကျန်းမာရေးဆေးခန်းသို့ သွားရောက် သတင်းပို့ပါမည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ကျန်းမာရေးဆေးခန်း၏ ဆေးဖက်ကျွမ်းကျင်သူ ပညာရှင်၏ ကြီးကြပ်ကွပ်ကဲခြင်းခံယူလျက် လိုအပ်သည့် ကုသမှု၊ ရင်ဘတ်ခါတ်မှန်ရိုက်ခြင်းနှင့် ရောဂါ စစ်ဆေးမှုကို ခံယူပါမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးကို ဆန်းစစ်နေသည့် ကာလအတွင်း ကျွန်ုပ် ဩစတြေးလျား နိုင်ငံတွင် အိမ်ပြောင်းရွှေ့တိုင်း ထိုကျန်းမာရေး ဆေးခန်းသို့ အသိပေး ပါမည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကျန်းမာရေးကို ဆန်းစစ်နေသည့် ကာလအတွင်း ကျွန်ုပ် ဩစတြေးလျားနိုင်ငံမှ ထွက်ခွာမည်ဆိုလျှင် ထိုကျန်းမာရေး ဆေးခန်းသို့ အသိပေးပါမည်။ ပြန်ရောက် လာသည် နှင့်လည်း သွားရောက် သတင်းပို့ ပါမည်။
- (ဩစတြေးလျ နိုင်ငံ ပြင်ပမှ လျှောက်သူများ) ခရီး မထွက်ခွာမီ၊ ဆက်သွယ် နိုင်သည့် အကြောင်း အချက်အလက်များ မပြောင်း လဲမှီ၊ လျှောက်လွှာကို မည် သည့် နေရာတွင် တင်သည် ကို ဩစတြေးလျ ဗီဇာရုံး သို့ အကြောင်း ကြား ရန်

မှတ်ချက်။ သင်၏အသက်သည် ၁၆ နှစ်အောက်ဖြစ်နေလျှင်၊ သင်၏မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦးက ဤပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးရပါမည်။

Your signature

သင်၏လက်မှတ်

Date

နေ့စွဲ

DAY  
နေ့ရက်

MONTH  
လ

YEAR  
နှစ်

/

/

If signing on behalf of a child under 16 years of age –

Name of parent or guardian

အသက် ၁၆ နှစ်အောက် ကလေးသူငယ် ကိုယ်စား လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြစ်လျှင် - မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်

Relationship to child

ကလေးသူငယ်နှင့် တော်စပ်ပုံ

# Consent for release of health information

## ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်များ ထုတ်ဖော်ခွင့်ပြုခြင်း။

10 As a part of the health undertaking the Department and state and territory health authorities and the relevant health clinic need to release health information to each other. Information will only be released if it relates to the visa and will be strictly guided by the *Privacy Act 1988*.

I consent to the Department disclosing my personal information to state and territory health authorities and the relevant health clinic for the purpose of monitoring this health undertaking.

I consent to authorise the state and territory health authorities and the relevant health clinic to disclose to the Department:

- the result of the health examination that I will attend; and
- information about any follow-up treatment required.

**Note:** If you are an applicant under 16 years of age then a parent or guardian should sign this form.

ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ် အစိတ်အပိုင်းအရ လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် နိုင်ငံသားခံယူရေးဌာန၊ ပြည်နယ်နှင့်ဒေသ ကျန်းမာရေး အာဏာပိုင်များနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ကျန်းမာရေးဆေးခန်းများအနေနှင့် အချင်းချင်း ဆေးစစ်ခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များ ဖလှယ်ရန်လိုအပ်ပါသည်။ ထိုအချက်အလက်များကို ဗီဇာကိစ္စနှင့် ပတ်သက်မှုသာ ဖြစ်မည်ဖြစ်ပြီး ၁၉၈၈ ခုနှစ် လျှို့ဝှက်ခြင်းဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ နှင့် အညီသာ ဆောင်ရွက်မည် ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် နိုင်ငံသားခံယူရေးဌာနအား ဤ ကျန်းမာရေး ဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်အရ လေ့လာ စစ်ဆေးရန် အလို့ငှာ၊ ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်များကို ပြည်နယ်နှင့်ဒေသ ကျန်းမာရေး အာဏာပိုင်များနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ကျန်းမာရေးဆေးခန်းများထံ ဖော်ပြခွင့်ပြုသည်။

ကျွန်ုပ်သည်၊ ပြည်နယ်နှင့်ဒေသ ကျန်းမာရေး အာဏာပိုင်များနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ကျန်းမာရေးဆေးခန်းများအား လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးနှင့် နိုင်ငံသားခံယူရေးဌာနသို့ ဖော်ပြအသိပေးရန် သဘောတူခွင့်ပြုသည်။

- ကျွန်ုပ် တက်ရောက်ခံယူမည့် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေး စမ်းသပ်မှု၏ ရလဒ်နှင့်
- နောက်ဆက်လက်ကုသရန် လိုအပ်လျှင် ယင်းကိစ္စနှင့်သက်ဆိုင်သည့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြအသိပေးရန် သဘောတူ ခွင့်ပြုပါသည်။

မှတ်ချက်။ သင်၏အသက်သည် ၁၆ နှစ်အောက်ဖြစ်နေလျှင်၊ သင်၏မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦးက ဤပုံစံကို လက်မှတ်ထိုးရပါမည်။

Your signature

သင်၏လက်မှတ်

Date

နေ့စွဲ

DAY  
နေ့ရက်

MONTH  
လ

YEAR  
နှစ်

/

/

If signing on behalf of a child under 16 years of age –

Name of parent or guardian

အသက် ၁၆ နှစ်အောက် ကလေးသူငယ် ကိုယ်စား လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြစ်လျှင် - မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည်

Relationship to child

ကလေးသူငယ်နှင့် တော်စပ်ပုံ

**You should keep a copy of your signed health undertaking.**

ဤကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ခံဝန်ချက်စာချုပ်မိတ္တူကို သိမ်းဆည်းထားသင့်ပါသည်။

© COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2022 815 MYA (Design date 10/22) - Page 5