

ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា រដ្ឋបាលស្រុក LOS ANGELES

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

ព័ត៌មាន:

ឈ្មោះអតិថិជន/ឈ្មោះភីមុខ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត លេខអតិថិជន

ឈ្មោះអ្នកគំណាងផ្លូវច្បាប់ (បើមាន)

អាសយដ្ឋានផ្លូវ ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

សន្ទនា: ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ ព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព/អ្នកផ្សេងទៀត

អាសយដ្ឋានផ្លូវ អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍ ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

ព័ត៌មានដែលនឹងត្រូវបញ្ចេញ:

- ការងារតម្លៃ/ការវិនិច្ឆ័យ លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍ខាងចិត្តវិជ្ជា ការធ្វើអាត់វិទ្ធីមួយ
លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍ ប្រតិបត្តិការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យ/ការប្រើប្រាស់ទិន្នន័យបច្ចុប្បន្ន ការព្យាបាល
កំណត់ហេតុទាំងស្រុង (ផ្តល់ហេតុផលត្រឹមត្រូវ):
ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់):

សម្គាល់: កំណត់ហេតុអាចរួមបញ្ចូលព័ត៌មានដែលទាក់ទងនឹងការសេចក្តីស្រឡាត់ស្រឡាញ់ ឬការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន និងការអនុវត្តការពារផលិតផល ឬផលិតផលផ្សេងៗ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ កំណត់ហេតុនៃការព្យាបាលនឹងមិនរាយការណ៍ទៅការប្រើប្រាស់ថ្នាំញៀន និងការសេចក្តីស្រឡាត់ស្រឡាញ់ ឬលទ្ធផលនៃការអនុវត្តការពារផលិតផល ឬផលិតផលផ្សេងៗឡើយ លុះត្រាតែត្រូវបានស្នើជាពិសេស។

អ្នកក្នុងប្រព័ន្ធនេះអាចស្នើសុំ: កំណត់ហេតុការប្រើប្រាស់ស្រវឹង ឬថ្នាំញៀន លទ្ធផលនៃការធ្វើពិសោធន៍ផលិតផល

វិធីនៃការបញ្ជូនកំណត់ហេតុដែលបានស្នើសុំ: ប្រៃសណីយ៍ ទៅយកផ្ទាល់ ឬបញ្ជូនតាមរយៈប្រព័ន្ធគ្រូមីត (ស៊ី, USB)

គោលបំណងនៃការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញ (ត្រូវស្របច្បាប់នៃការអនុវត្ត)

- សំណើរបស់អតិថិជន ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់):

តើទីភ្នាក់ងារទទួលបានអនុញ្ញាតយោងដល់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មាននេះដែរឬទេ? ទា/ទាស ទេ

ខ្ញុំយល់ថាព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលបានការពាររបស់ខ្ញុំ បានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញដោយអនុលោមតាមការអនុញ្ញាតនេះ អាចនឹងលែងត្រូវបានការពារដោយច្បាប់សហព័ន្ធ និងអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញបន្ថែមទៀតដោយអ្នកទទួលបានដោយមិនត្រូវការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឡើយ។ ខ្ញុំយល់ផងដែរថា នៅពេលដែលព័ត៌មានរបស់ខ្ញុំត្រូវបានប្រើប្រាស់ ឬបង្ហាញ វាអាចនឹងមិនត្រូវបានកំណត់ទេ។

កាលបរិច្ឆេទចុះកំណត់: ការអនុញ្ញាតនេះមានសុពលភាពរហូតដល់ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ

ក្រសួងសុខាភិបាលក្រុង LOS ANGELES

ការអនុញ្ញាតសម្រាប់ការប្រើប្រាស់ ឬការបង្ហាញព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ

សិទ្ធិរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុញ្ញាតនេះ៖

សិទ្ធិទទួលបានច្បាប់ចម្លងនៃការអនុញ្ញាត - ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើខ្ញុំយល់ច្រមុះចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដែលខ្ញុំមិនចាំបាច់ត្រូវស្នើសុំ ខ្ញុំត្រូវតែទទួលបានច្បាប់ចម្លងដែលមានចុះហត្ថលេខានៃទម្រង់ឯកសារនេះ។

សិទ្ធិអហ្គតការអនុញ្ញាត - ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំមានសិទ្ធិក្នុងការដកការអនុញ្ញាតនេះវិញបានគ្រប់គ្រងដោយឡែកដំណឹងជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដល់ LACDMH។ ខ្ញុំអាចធ្វើការដកហូតការអនុញ្ញាតនៅខាងក្រោមនៃទម្រង់ឯកសារនេះ និងផ្ញើប្រសព្វប្រយោជន៍បញ្ជូនការដកហូតទៅ។

មនុស្សត្រូវទំនាក់ទំនង _____ ឈ្មោះ ទីភ្នាក់ងារ

អាសយដ្ឋាន _____ ក្រុង រដ្ឋ លេខប្រៃសណីយ៍

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថាការអហ្គតនឹងមិនជះឥទ្ធិពលលើលទ្ធភាពរបស់ LACDMH ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាមួយក្នុងការប្រើប្រាស់ប្រដាប់ព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពសម្រាប់មូលហេតុដែលទាក់ទងនឹងទំនុកចិត្តពីមុននៅលើការអនុញ្ញាតនេះ ឬលុះត្រាត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។

លក្ខខណ្ឌ៖ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះដោយមិនប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការទទួលបានការព្យាបាលរបស់ខ្ញុំទេ។ ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ LACDMH

អាចកំណត់លក្ខខណ្ឌលើការផ្តល់ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវវេជ្ជសាស្ត្រដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតក្នុងការប្រើប្រាស់ ប្រដាប់ព័ត៌មានស្តីពីសុខភាពដែលត្រូវបានការពារ ដែលត្រូវបានបង្កើតឡើងសម្រាប់ការព្យាបាលដែលទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវនោះ។ (ឬអាចម្យ៉ាងទៀតថា ប្រសិនបើការអនុញ្ញាតមានជាប់ទាក់ទងនឹងការស្រាវជ្រាវដែលរាប់បញ្ចូលការព្យាបាល អ្នកនឹងជំនួសទទួលបានការព្យាបាលនោះឡើយ លុះត្រាតែមានការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់ឯកសារអនុញ្ញាត។)

ខ្ញុំមានឱកាសក្នុងការពិនិត្យ និងយល់ពីខ្លឹមសារនៃទម្រង់ឯកសារអនុញ្ញាតនេះ។ ដោយចុះហត្ថលេខាលើការអនុញ្ញាតនេះ ខ្ញុំអះអាងថាខ្ញុំបានយល់ពីលក្ខណៈរបស់ខ្ញុំទាំងស្រុង។

X _____ X

ហត្ថលេខាអតិថិជន/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ _____ កាលបរិច្ឆេទ

បើសិនបើការចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកដទៃក្រៅពីអតិថិជន សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាច។

X _____

ការអហ្គតការអនុញ្ញាត

ឈ្មោះអតិថិជន _____

ហត្ថលេខាអតិថិជន/អ្នកតំណាងផ្លូវច្បាប់ _____ កាលបរិច្ឆេទ

បើសិនជាបានចុះហត្ថលេខាដោយអ្នកដទៃក្រៅពីអតិថិជន សូមបញ្ជាក់អំពីទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាច។

ឈ្មោះបោះពុម្ព៖ _____

ទំនាក់ទំនង និងសិទ្ធិអំណាច៖ _____