

受聘僱外國人接受衛生單位安排都治同意書

Giấy đồng ý tuân thủ đề cơ quan y tế sắp xếp điều trị theo phương pháp quan sát điều trị trực tiếp

本人 _____，護照號碼 _____，性別 _____
出生日期 _____，茲因罹患結核病或漢生病，為保護親朋好友同
事等，並讓自己健康，願意配合檢查與治療，在關懷員協助、關懷下按規
服藥治療，完成至少 6 個月（含）以上的藥物治療，俾治癒此病。

Tên tôi là: _____, Số hộ chiếu: _____, giới
tính: _____, sinh ngày: _____, do tôi bị mắc bệnh lao hoặc bệnh
Hansen, để đảm bảo an toàn cho bạn bè, người thân, đồng nghiệp, v.v..., đồng
thời vì sức khỏe của bản thân, tôi đồng ý phối hợp kiểm tra và điều trị và uống
thuốc theo đúng sự hỗ trợ và chỉ dẫn của nhân viên trợ giúp, nhằm hoàn tất quy
trình điều trị bằng thuốc ít nhất từ 6 tháng (bao hàm) trở lên, cho đến khi khỏi
bệnh lao.

本人授權衛生單位設立之都治關懷站保管本人的抗結核或漢生病治療
藥物，或本人同意主動至衛生單位指定的處所，接受衛生單位之關懷員每
週至少 5 次執行「送藥到手、服藥入口、吞下再走」的直接觀察治療。

Tôi ủy quyền cho trạm quan tâm quan sát điều trị trực tiếp của cơ quan y tế
tiên hành bảo quản thuốc điều trị lao hoặc bệnh Hansen của tôi, hoặc là tôi đồng
ý chủ động đến địa điểm do cơ quan y tế chỉ định, để nhân viên hỗ trợ tiến hành
điều trị theo phương pháp quan sát điều trị trực tiếp là “đưa thuốc tận tay, bỏ
thuốc vào miệng, nuốt xong rồi mới về” ít nhất 5 lần 1 tuần..

本人明瞭如果沒有配合直接觀察治療累計 15 日(含)以上，將視為健康
檢查不合格並廢止聘僱許可。

立書人：_____（簽名）日期：_____

Tôi hiểu rõ rằng nếu tôi không phối hợp điều trị phương pháp quan sát điều
trị trực tiếp trong ít nhất 15 ngày trở lên, thì sẽ bị coi là có kết quả khám sức
khỏe không đạt, và sẽ bị hủy bỏ giấy phép lao động.

Người ký giấy đồng ý : _____（ký tên）Ngày tháng năm : _____