**หนังสือแสดงความยินยอมและมอบอำนาจ（同意書兼委任状）**

วันที่（日付）

(yyyy/mm/dd) ........../........../..........  
เขียนที่ DYM Health Check Up Clinic

私、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　は、以下の書類の受け取りを

代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に委任します。

ข้าพเจ้า(ผู้มอบอำนาจ)（患者様氏名ローマ字）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ได้มอบอำนาจให้（代理人氏名ローマ字）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

มารับเอกสารดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

受取書類　เอกสารที่ได้รับมอบหมายให้มารับแทน

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

　受け取りに際し、私本人の写真付き身分証明書のコピー、そのコピーへの直筆の署名（パスポートと同じ署名）、および代理人の身分証明書コピーとそこへの直筆の署名が必要になり、そのうち一つでも提出できない場合には受け取りができないことを十分に理解します。

ในการรับเอกสารแทนนั้นจะต้องแนบสำเนาพาสปอร์ตพร้อมลายเซ็นของผู้มอบอำนาจและสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลายเซ็นของผู้รับมอบอำนาจ หากขาดเอกสารขาดเอกสารอันใดอันหนึ่งไปจะไม่สามารถรับเอกสารได้

　なお、代理人を立てることによって個人情報の流出の可能性があることを認識し、万が一個人情報が流出してしまった場合、その責任はDYM Health Check Up及び運営会社DYM Medical Service Co., Ltd.にはなく、私個人に帰することに同意します。

ข้าพเจ้ายอมรับความเสี่ยงที่ข้อมูลส่วนตัวจะถูกเปิดเผยจากการมอบอำนาจในครั้งนี้และข้าพเจ้ายินดีที่จะรับผิดชอบด้วยตัวของข้าพเจ้าเองหากข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้านั้นถูก เปิดเผย โดยทางคลินิกเวชกรรม DYM Health Check Up และ DYM Medical Service Co.,Ltd. ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆต่อการถูกเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจากการมอบอำนาจในครั้งนี้

ลงชื่อผู้มอบอำนาจ（患者様ご署名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ลงชื่อผู้รับมอบอำนาจ（代理人ご署名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_