

Central Green Japanese Clinic Co., Ltd..殿

個人情報送付に関する同意書

私は、私の個人情報の送付に関して以下の事項に同意いたします。

記

1. 郵送、電子メールでの送付、その他の送付の過程において、郵便物の紛失などによる個人情報漏洩の可能性を認識する。
2. 上記の事由において個人情報等が漏洩した場合にはCentral Green Japanese Clinic Co., Ltd..は責任を負いかねる。
3. 郵送の場合には手数料として50THBを支払う。（健康診断の場合は不要）

以上

年 月 日

生年月日 年 月 日

患者様（または親権者）署名 _____

E-mail : _____

（**はっきりとご記入ください**。レポートが完成しましたら、Tracking Number をメールでお知らせ致します）

※このまま発送するため**アルファベットもしくはタイ語ではっきりとご記入ください**。

Name: _____

Address: _____

Central Green Japanese Co., Ltd

DYM Health Check Up Clinic (License No. 10101004960)

住所 Address 139, RQ49 Mall 4th Floor, Unit 541, Soi Sukhumvit 49(Klang), Klongton-Nua, Wattana, Bangkok 10110

電話 TEL +66(0)2-107-1039, +66(0)2-018-7895, +66(0)2-018-7896

**Authorization for sending personal
information/Consent Form**

I do hereby request DYM Health Check Up Clinic

I hereby certify that I understand and agree in the following conditions as stated below.

1. I understand and accept that my personal information has possibility of leakage if I request to send by e mail, post office, and etc.
2. I understand and accept that Central Green Japanese Clinic Co., Ltd. Will not be responsible for any damages if my personal information leakage is occurred.
3. In case of request to send by post office, 100 THB of postal service fee is required. (This fee is included in check-up package)

Date _____

Patient's Signature (or Parents/Legal Guardian's Signature)

****Attention** Please write your name and address in easy to read English
alphabet (Thai is also OK). The box below will be cut and pasted on envelope**

Name: _____

Address: _____

Central Green Japanese Co., Ltd

DYM Health Check Up Clinic (License No. 10101004960)

住所 Address 139, RQ49 Mall 4th Floor, Unit 541, Soi Sukhumvit 49(Klang), Klongton-Nua, Wattana, Bangkok 10110

電話 TEL +66(0)2-107-1039, +66(0)2-018-7895, +66(0)2-018-7896

