ေလ့လာမႈေခါင္းစဥ္:

အဓိက စံုစမ္းစစ္ေဆးသူ:

IRB သက္ေသခံကတ္:

ဤစာရြက္စာတမ္းကဘာလဲ။

ဤဟာသည္ HIPAA (အိပ္ခ်္္အိုင္ပီေအေအ) ခြင့္ၿပဳခ်က္အေထာက္အထားေဖာင္ၿဖစ္ပါသည္။ ထိုဟာက သင္၏က်န္းမာေရးအခ်က္အလက္မ်ား ကို ဤေလ့လာမႈအတြက္ ဘယ္လိုအသံုးၿပဳလိမ့္မည္ဆိုတာႏွင့္ ဘယ္သူက အသံုးမည္ဆိုသည္ကို ေဖာ္ၿပပါလိမ့္မည္။ ဤေဖာင္တြင္ လက္မွတ္ေရးထိုးၿခင္းၿဖင့္ သင္သည္ သင္၏ က်န္းမာေရးအေထာက္အထားမ်ားကို ဤေလ့လာမႈအတြက္ ခြင့္ၿပဳေၾကာင္း ၿပသပါသည္။

ေနာက္ထပ္ ကြ်န္ေတာ္ ဘာထပ္လုပ္သင့္သလဲ။

1. ဤေဖာင္ကို ဖတ္ပါ သို႔မဟုတ္ သင့္ကို ထိုေဖာင္ ဖတ္ၿပခိုင္းပါ။

2. ေလ့လာမႈဆရာဝန္ သို႔မဟုတ္ ေလ့လာမႈဝန္ထမ္းက ထိုေဖာင္အေၾကာင္း သင့္ကို ေသခ်ာရွင္းၿပပါေစ။

3. ေမးခြန္းမ်ားေမးပါ။ (အခ်ိန္ေပးႏိုင္ၿခင္း၊ မရင္းႏွီးေသာ ေမးခြန္းမ်ား၊ အစရွိသၿဖင့္)

4. ဤဟာကို စဥ္းစားရန္ အခ်ိန္ေပးၿပီး သင္၏ မိသားစုႏွင့္ သူငယ္ခ်င္းမ်ားႏွင့္ ေၿပာဆိုၾကည့္ပါ။)

ဘယ္သူက ကြ်န္ေတာ္၏ သတင္းအခ်က္အလက္မ်ားကို ၾကည့္မွာလဲ။

ထိုဟာႏွင့္ အလုပ္အတူတူလုပ္ေသာ University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ေကာ္လိုရာဒို ဒန္ဗာ တကၠသိုလ္ | Anschutz ေဆးတကၠသိုလ္ဝန္း) ႏွင့္ က်န္းမာေရးစနစ္မ်ားတြင္ သင္ႏွင့္ ပတ္သက္ေသာ အခ်က္အလက္မ်ားကို ကာကြယ္ရန္ စည္းမ်ဥ္းမ်ားရွိပါသည္။ Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (က်န္းမာေရး အာမခံ သက္သာလြယ္ကူေရးအက္ဥပေဒ (အိပ္ခ်္အိုင္ပီေအေအ)) အပါအဝင္ ဖက္ဒရယ္ႏွင့္ ၿပည္နယ္ ဥပေဒမ်ားကလည္း သင္၏ အတြင္းေရးကို ကာကြယ္ေပးပါသည္။ ဤခြင္ၿပဳခ်က္အေထာက္အထားေဖာင္သည္ ဤေလ့လာမႈတြင္ သင္ႏွင့္ ပတ္သက္ၿပီး မည္သည့္အခ်က္အလက္မ်ားေကာက္ယူမည္ကိုႏွင့္ ဘယ္သူေတြ ၾကည့္ရႈၿပီး အသံုးၿပဳမည္ဆိုသည္ကို ေၿပာၿပပါမည္။

ဤေလ့လာမႈတြင္ ပါဝင္ေသာ အဖြဲ႔အစည္းမ်ားသည္:

[Delete those affiliate institutions that are not involved with this study. Do not use this form for VA research.]

* University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ေကာ္လိုရာဒို ဒန္ဗာ တကၠသိုလ္ | Anschutz ေဆးတကၠသိုလ္ဝန္း)
* University of Colorado Health (ေကာ္လိုရာဒို က်န္းမာေရး တကၠသိုလ္)
* Children’s Hospital Colorado (ကေလးေဆးရံု ေကာ္လိုရာဒို)
* Denver Health and Hospital Authority (ဒန္ဗာ က်န္းမာေရးႏွင့္ ေဆးရံုအာဏာပိုင္)

သင့္ကိုေဖာ္ၿပေပးေသာ မွတ္တမ္းမ်ား ႏွင့္ သေဘာတူညီခ်က္ေဖာင္ႏွင့္ သင္လက္မွတ္ထိုးထားေသာ ခြင့္ၿပဳခ်က္အေထာက္ အထားေဖာင္ကို ထိုအခ်က္အလက္မ်ားကို ဥပေဒေၾကာင္းဆိုင္ရာၾကည့္ရႈခြင့္ရွိေသာ ေအာက္ပါေဖာ္ၿပထားေသာသူမ်ားက ၾကည့္ရႈေကာင္းၾကည့္ရႈႏိုင္ပါသည္။:

[Delete any institutions that are not involved with this study. Add any others that are involved.]

* သင္ကဲ႔သို႔ေသာ သုေတသနပါဝင္သူမ်ားကို ကာကြယ္ေသာ Office of Human Research Protection (လူသားသုေတသနကာကြယ္ေရးရံုး) ႏွင့္ Food and Drug Administration (FDA) (အစားအေသာက္ႏွင့္ ေဆးဝါးကြပ္ကဲေရး (အက္ဖ္ဒီေအ)) ကဲ႔သို႔ေသာ ဖက္ဒရယ္ရံုးမ်ား
* သုေတသနတြင္ပါဝင္ေသာ University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ေကာ္လိုရာဒို ဒန္ဗာ တကၠသိုလ္ | Anschutz ေဆးတကၠသိုလ္ဝန္း)ရွိ သူမ်ား
* ဤေလ့လာမႈကို သံုးသပ္ရန္အတြက္ တာဝန္ရွိေသာ Institutional Review Board (IRB) (အဖြဲ႔အစည္းဆိုင္ရာ ၿပန္လည္သံုးသပ္ေရးဘုတ္အဖြဲ႔ (အိုင္အာရ္ဘီ))ရွိ သူမ်ား
* ေလ့လာမႈ ဆရာဝန္ ႏွင့္ သုေတသနၿပဳသူမ်ား၏ သူ/သူမ၏ အသင္း
* ဤသုေတသနေလ့လာမႈအတြက္ ေငြေၾကးေထာက္ပံ့ေသာ [Insert sponsor name]
* သုေတသနကို ေဆာင္ရြက္ေနေသာ အဖြဲ႔အစည္းမ်ားရွိ တာဝန္ရွိသူမ်ား ႏွင့္ သုေတသနအတြက္ စည္းမ်ဥ္းမ်ား အားလံုးကို ကြ်န္ေတာ္တို႔ ေသခ်ာလိုက္နာေစရန္ တာဝန္ရွိေသာ ေလ့လာမႈတြင္ပါဝင္ေသာ အၿခားအဖြဲ႔အစည္း မ်ားရွိ တာဝန္ရွိသူမ်ား
* [Add any other groups or entities that have legal authority to audit identifiable study records.]

သုေတသနကို ၿပဳလုပ္ရန္၊ ရလဒ္မ်ားကို ေလ့လာရန္ႏွင့္ သုေတသနကို မွန္မွန္ကန္ကန္လုပ္ရန္ သင္၏အခ်က္ အလက္ မ်ားကို အသံုးၿပဳႏိုင္ၿပီး ဖြင့္ၿပႏိုင္ပါသည္။

ဤသုေတသနေလ့လာမႈအေၾကာင္း ေဆြးေႏြးပြဲမ်ားတြင္ ကြ်န္ေတာ္တို႔ ေၿပာေကာင္းေၿပာႏိုင္ပါသည္။ သင့္တင့္ေသာ ဂ်ာနယ္မ်ားတြင္ ဤသုေတသနေလ့လာမႈမ်ား၏ ရလဒ္မ်ားကို ကြ်န္ေတာ္တို႔ ပံုႏွိပ္ထုတ္ေကာင္းထုတ္ႏိုင္ပါသည္။ ဒါေပမယ့္ သင္ကဲ႔သို႔ေသာ သုေတသနပါဝင္သူမ်ား၏ အမည္မ်ားကို ကြ်န္ေတာ္တို႔ အၿမဲတမ္း သိမ္းထားပါသည္။

စံုစမ္းစစ္ေဆးသူဆီမွ သင္၏ ကာကြယ္ထားေသာ က်န္းမာေရးအခ်က္အလက္မ်ားကို သင့္အေနၿဖင့္ ေတာင္းခံခြင့္ရွိပါသည္။ [If applicable include: To ensure proper evaluation of test results, your access to these study results may not be allowed until after the study has been completed.]

ကြ်န္ေတာ္တို႔သည္ သင့္အခ်က္အလက္မ်ားကို ၾကည့္ရႈရန္၊ အသံုးၿပဳရန္ႏွင့္ မွ်ေဝရန္ သင္၏ခြင့္ၿပဳခ်က္မပါပဲ ဤေလ့လာမႈကို ကြ်န္ေတာ္တို႔ မလုပ္ႏိုင္ပါ။ သင္ခြင့္မၿပဳလွ်င္ သင္သည္ ဤေလ့လာမႈတြင္ မပါဝင္ပါ။

ဤေလ့လာမႈအတြက္ သေဘာတူညီခ်က္၊ ဤခြင့္ၿပဳခ်က္သေဘာတူညီခ်က္ႏွင့္ ကြ်န္ေတာ္တို႔၏ အတြင္းေရးအေလ့အထမ်ား အေၾကာင္းၾကားစာမ်ားတြင္ ေဖာ္ၿပထားသည့္အတိုင္း ကြ်န္ေတာ္တို႔သည္ သင္၏အခ်က္အလက္မ်ားကို ၾကည့္ရႈ၊ အသံုးၿပဳၿခင္းႏွင့္ ေဖာ္ၿပၿခင္းမ်ားလုပ္လိမ့္မည္။ University of Colorado Denver | Anschutz Medical Campus (ေကာ္လိုရာဒို ဒန္ဗာ တကၠသိုလ္ | Anschutz ေဆးတကၠသိုလ္ဝန္း) အၿပင္တြင္ ရွိေသာ သူမ်ားႏွင့္ ပူးေပါင္းေဆာင္ရြက္သူမ်ားအတြက္ မပါဝင္ပဲ သင္၏ အခ်က္အလက္မ်ားကို သင့္ခြင့္ၿပဳခ်က္မပါပဲ ထုတ္ေဖာ္ႏိုင္ပါသည္။

ကြ်န္ေတာ္တို႔သည္ သင့္မွတ္တမ္းမ်ားကို လွ်ိဳ႔ဝွက္ရန္အတတ္ႏိုင္ဆံုး အကုန္လုပ္ပါမည္။ သို႔ေပမယ့္ ဤဟာကို အာမခံေတာ့မေပးႏိုင္ပါ။

သင့္အခ်က္အလက္မ်ားအသံုးၿပဳမႈႏွင့္ ထုတ္ေဖာ္မႈမ်ားတြင္ အခ်ိန္ကန့္သတ္ခ်က္မရွိပါ။ သင္သည္ သင့္အခ်က္အလက္မ်ား အသံုးၿပဳေဖာ္ထုတ္ခြင့္ကို ေအာက္ေဖာ္ၿပပါနာမည္ႏွင့္ လိပ္စာအတိုင္း ေလ့လာမႈေခါင္းေဆာင္ကို စာေရးၿပီး ပိတ္ႏိုင္ပါသည္။ သင္သည္ သင့္အခ်က္အလက္မ်ားကို အသံုးၿပဳေဖာ္ထုတ္ခြင့္ ပိတ္လိုက္သည္ဆိုလွ်င္ ဤေလ့လာမႈတြင္ သင့္ပါဝင္မႈ ၿပီးဆံုးသြားၿပီး သင့္ႏွင့္ပတ္သက္ၿပီး ထပ္ၿပီးအခ်က္အလက္မ်ား မေကာက္ေတာ့ပါ။ သင္၏ပယ္ဖ်က္မႈသည္ ဤေလ့လာမႈတြင္ ေကာက္ၿပီးသားအခ်က္အလက္မ်ားအတြက္ေတာ့ အက်ံဳးမဝင္ပါ။

 [Add PI Name and Mailing Address]

ဤေလ့လာမႈတြင္ ပါဝင္ရန္ သင္သေဘာတူညီလွ်င္ သင္၏မွတ္တမ္းမ်ားအတြက္ ဤခြင့္ၿပဳမႈသေဘာတူညီခ်က္ေဖာင္၏ လက္မွတ္ထိုးရက္စြဲတပ္ၿပီးမိတၱဴကို သင္လက္ခံရရွိပါလိမ့္မည္။

[The following section is for outside disclosures of research information that you will make. Include the name of any specific study-related person or group, external to the University, such as the Sponsor, outside laboratory or Contract Research Organization (CRO). Include recipients of information for optional research procedures. If there will be no outside disclosures of data, delete this section]

**စံုစမ္းစစ္ေဆးသူ (သို႔မဟုတ္ စံုစမ္းစစ္ေဆးသူအစား လုပ္ေဆာင္ေသာ ဝန္ထမ္း) သည္ သင္ႏွင့္ပတ္သက္ၿပီး ရရွိႏိုင္ေသာ ေဖာ္ၿပပါ က်န္းမာေရးအခ်က္အလက္မ်ား** အားလံုး သို႔မဟုတ္ တခ်ိဳ**႔ကို** **ၿပဳလုပ္ပါလိမ့္မည္**။**:**

* [အဖြဲ႔အစည္း]

[Delete the following paragraph if not applicable.]

သုေတသနလုပ္ငန္းစဥ္မ်ား၏အခ်ိဳ႔အတြင္ မ်ိဳးရိုးဗီဇ စစ္ေဆးၿခင္း သို႔မဟုတ္ မ်ိဳးရိုးဗီဇဆိုင္ရာအခ်က္အလက္မ်ားကို အသံုးၿပဳၿခင္းမ်ားပါဝင္ပါမည္။ သင္၏ မ်ိဳးရိုးဗီဇအခ်က္အလက္မ်ားကို သုေတသနအတြက္ အသံုးၿပဳလိမ့္မည္ၿဖစ္ၿပီး သင့္ကိုေဖာ္ၿပေသာ အၿခားအခ်က္အလက္မ်ားကို အၿခားသူမ်ားသို႔ ထုတ္ေဖာ္ၿပလိမ့္မည္မဟုတ္ပါ။ [Add if applicable.] ေဖာ္ၿပႏိုင္ေသာ မ်ိဳးရိုးဗီဇဆိုင္ရာ အခ်က္အလက္မ်ားကို ေအာက္ေဖာ္ၿပသည္မ်ားသို႔ ထုတ္ေဖာ္ၿပပါလိမ့္မည္။:

**ဤေလ့လာမႈတြင္ ၿမင္ရမည္၊ ေကာက္ယူမည္ ႏွင့္ ေဖာ္ၿပမည္ၿဖစ္ေသာ သင္ႏွင့္ပတ္သက္ေသာ အခ်က္အလက္မ်ား:**

[Delete all that do not apply]

* နာမည္ႏွင့္ Demographic အခ်က္အလက္မ်ား (အသက္၊ လိင္၊ လူမ်ိဳး၊ လိပ္စာ၊ ဖုန္းနံပါတ္ အစရွိသၿဖင့္)
* သင္၏ လူမႈလံုၿခံဳေရးနံပါတ္
* ကန့္သတ္မထားေသာ္လည္း စစ္ေဆးခ်က္မ်ား၊ သမိုင္းေၾကာင္းႏွင့္ ရုပ္ပိုင္းဆိုင္ရာ ၊ ဓာတ္ခြဲခန္း သို႔မဟုတ္ တစ္ရွဴးေလ့လာမႈမ်ား၊ ဓာတ္မွန္ေလ့လာမႈမ်ား၊ လုပ္ငန္းစဥ္ ရလဒ္မ်ား အပါအဝင္ ဤေလ့လာမႈႏွင့္ သင့္ေတာ္ေသာ ယခင္ႏွင့္လက္ရွိ ေဆးမွတ္တမ္းအပိုင္းအစမ်ား
* သုေတသန လည္ပတ္မႈႏွင့္ သုေတသန စစ္ေဆးမႈ မွတ္တမ္းမ်ား
* စိတ္ပိုင္းဆိုင္စစ္ေဆးခ်က္မ်ား
* အရက္စြဲၿခင္း၊ အရက္ သို႔မဟုတ္ ေဆး တလြဲသံုးၿခင္း
* ကန့္သတ္မထားေသာ္လည္း ခုခံအားက်ဆင္းမႈေရာဂါ (HIV)၊ အသဲေရာဂါ (ပံုစံမ်ိဳးစံု)၊ တီဘီ သို႔မဟုတ္ အၿခား လိင္ပိုင္းဆိုင္ရာ ကူးစက္ေရာဂါမ်ား အပါအဝင္ ၿပည္သူ႔က်န္းမာေရးဌာနသို႔ စာတင္ရမည္ၿဖစ္ေသာ ကူးစက္ေရာဂါမ်ား စစ္ေဆးၿခင္း။
* တံစဥ္ပံုဆဲလ္ စစ္ေဆးမႈ
* တစ္ရွဴး နမူနာမ်ားႏွင့္ နမူနာႏွင့္ ေဒတာ
* ေၿပစာေပးေခ်ၿခင္း သို႔မဟုတ္ ေငြေၾကးဆိုင္ရာ အခ်က္အလက္
* အၿခား (ေက်းဇူးၿပဳ၍ ေဖာ္ၿပေပးပါ။): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

[Delete this section if there are no optional study procedures.]

**ေရြးခ်ယ္စရာ ထပ္ေဆာင္း ေလ့လာမႈ လုပ္ငန္းစဥ္မ်ားအတြက္ HIPAA (အိပ္ခ်္အိုင္ပီေအေအ)ခြင့္ၿပဳမႈသေဘာတူညီခ်က္**

ေလ့လာမႈအႏွစ္ခ်ဳပ္တြင္ ထပ္ေဆာင္း ေရြးခ်ယ္စရာ သုေတသန လုပ္ငန္းစဥ္မ်ားကို သေဘာတူညီရန္ ေရြးခ်ယ္မႈမ်ား သင့္ကို ေပးထားပါသည္။ အထက္တြင္ေဖာ္ၿပထားသည့္အတိုင္း HIPAA (အိပ္ခ်္အိုင္ပီေအေအ) စည္းကမ္းမ်ားရ ဤေရြးခ်ယ္စရာ လုပ္ငန္းစဥ္မ်ား မွ ေကာက္ယူေသာ အခ်က္အလက္မ်ားကို အသံုးၿပဳေဖာ္ၿပရန္ သင့္အေနၿဖင့္ ကြ်န္ေတာ္တို႔ကို ခြင့္ၿပဳခ်က္ေပးရပါမည္။

[If applicable] ဤေရြးခ်ယ္စရာ လုပ္ငန္းစဥ္မ်ား၏အခ်ိဳ႔တြင္ မ်ိဳးရိုးဗီဇစမ္းသပ္မႈ သို႔မဟုတ္ သင့္မ်ိဳးရိုးဗီဇ အခ်က္အလက္မ်ား ပါဝင္ႏိုင္ပါသည္။ သင့္မ်ိဳးရိုးဗီဇဆိုင္ရာ အခ်က္အလက္မ်ားကို သုေတသနအတြက္ အသံုးၿပဳမည္ၿဖစ္ ၿပီး သင့္ကိုရည္ညႊန္းေသာ အၿခားအခ်က္အလက္မ်ားကို အၿခားသူမ်ားကို ထုတ္ေဖာ္ၿပမည္မဟုတ္ပါ။ [If applicable] ထုတ္ေဖာ္ၿပမည္ၿဖစ္ေသာ မ်ိဳးရိုးဗီဇဆိုင္ရာ အခ်က္အလက္မ်ားမွာ:

သင္သည္ သင့္အခ်က္အလက္မ်ားကို အသံုးၿပဳထုတ္ေဖာ္ခြင့္ မေပးလွ်င္ ဤေရြးခ်ယ္စရာလုပ္ငန္းစဥ္မ်ားတြင္ သင္မပါဝင္ႏိုင္ပါ။ ဒါေပမယ့္ အဓိကေလ့လာမႈတြင္ သင္ပါဝင္ႏိုင္ပါေသးသည္။ သင့္ေရြးခ်ယ္မႈေဘးတြင္ ေက်းဇူးၿပဳ၍ အမွတ္အသားလုပ္ေပးပါ။:

\_\_\_\_\_ ဤအပိုင္းတြင္ ေဖာ္ၿပထားသည့္အတိုင္း အသံုးၿပဳထုတ္ေဖာ္ရန္ အထက္တြင္ ကြ်န္ေတာ္သေဘာတူထားေသာ ေရြးခ်ယ္စရာ လုပ္ငန္းစဥ္မ်ားမွ ကြ်န္ေတာ့္အခ်က္အလက္အတြက္ ကြ်န္ေတာ္ ခြင့္ၿပဳခ်က္ေပးပါသည္။

\_\_\_\_\_ မည္သည့္ေရြးခ်ယ္စရာလုပ္ငန္းစဥ္မ်ားအတြက္ ကြ်န္ေတာ့္အခ်က္အလက္ကို အသံုးၿပဳထုတ္ေဖာ္ခြင့္ ကြ်န္ေတာ္ **မေပးပါ**။ ကြ်န္ေတာ္သည္ မည္သည့္ ေရြးခ်ယ္စရာလုပ္ငန္းစဥ္မ်ားတြင္မွ မပါဝင္ေၾကာင္း ကြ်န္ေတာ္နားလည္ပါသည္။

***ပါဝင္သူကသာ ၿဖည့္စြက္ရန္***

ဤေလ့လာမႈ ႏွင့္ သင့္သေဘာတူပါဝင္မည္ၿဖစ္ေသာ မည္သည့္ ေရြးခ်ယ္စရာလုပ္ငန္းစဥ္မ်ားအတြက္ သေဘာတူညီခ်က္ ေဖာင္မွတဆင့္ အထက္ပါေဖာ္ၿပသည့္အတိုင္း သင့္ကာကြယ္ရမည္ၿဖစ္ေသာ က်န္းမာေရး အခ်က္အလက္မ်ားကို အသံုးၿပဳထုတ္ေဖာ္ခြင့္ သင္ေပးလွ်င္ ေက်းဇူးၿပဳ၍ သင့္နာမည္ကို **ပံုႏွိပ္ထုတ္၊ လက္မွတ္ထိုးၿပီး ရက္စြဲေရးပါ။** ဤခြင္ၿပဳမႈသေဘာတူညီခ်က္ေဖာင္ကို လက္မွတ္ထိုးၿခင္း အားၿဖင့္ သင္၏ ဥပေဒေၾကာင္းဆိုင္ရာ ရပိုင္ခြင့္မ်ားကို လက္လႊတ္ရမည္မဟုတ္ပါ။ ကြ်န္ေတာ္တို႔သည္ လက္မွတ္ထိုးထားေသာေဖာင္၏ မိတၱဴကို သိမ္းထားရန္ သင့္ကို ေပးလိမ့္မည္။

**ပါဝင္သူ၏နာမည္**

**ပါဝင္သူ၏လက္မွတ္ (၁၈ႏွစ္ သို႔မဟုတ္ အထက္ ႏွင့္ ဘေဘာတူႏိုင္ေသာအရြယ္) ရက္စြဲ**

**သုေတသနဆံုးၿဖတ္ခ်က္မ်ားအတြက္ ခြင့္ၿပဳမိန့္ႏွင့္ တရားဝန္ခြ ရက္စြဲ**

**င့္ၿပဳေသာ ကိုယ္စားလွယ္၏ လက္မွတ္(ၿဖစ္ႏိုင္လွ်င္)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**တရားဝင္ ခြင့္ၿပဳေသာ ကိုယ္စားလွယ္၏ ခြင့္ၿပဳမိန္႔ သို႔မဟုတ္ ပါဝင္သူႏွင့္ ဆက္ဆံေရး (ၿဖစ္ႏိုင္လွ်င္)**