



Health Declaration Form

Ministry of Health, Myanmar

1. Please fill in using the capital letters

Flight Number (လေယာဉ်ခရီးစဉ်အမှတ်) _____ Seat Number (if Assigned)/ထိုင်ခုံအမှတ် (ရပြီးပါက) _____
 Port of Origin (စတင်ထွက်ခွာခဲ့သည့် မြို့/နိုင်ငံ) _____ Arrival Date/ ရောက်ရှိရက်စွဲ ---/---/---
 Full Name (အမည်အပြည့်အစုံ) _____ Age (အသက်) _____
 Nationality (နိုင်ငံသား) _____ Passport No. (နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်) _____
 Full Address in Myanmar (နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ)/Hotel Name (ဟိုတယ်အမည်) _____
 Number (အမှတ်) _____ Street (လမ်း) _____ Ward (ရပ်ကွက်) _____
 Township (မြို့နယ်) _____ Region/State (တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်) _____ Phone No.(ဖုန်းနံပါတ်) _____

2. Only to be filled by Foreigners (နိုင်ငံခြားသားခရီးသည်များသာ ဖြည့်ရန်)

Types of Visa (ဗီဇာအမျိုးအစား) (Tourist/Business/Social/Diplomat/Others) _____
 Purpose of Visit (လာရောက်ရခြင်း ရည်ရွယ်ချက်) _____
 Destinations 1. _____ Length of Stays 1. _____ days (ရက်) Contact ph. 1. _____
 (သွားလာမည့် ဒေသများ) 2. _____ (နေထိုင်မည့်ကာလ) 2. _____ days (ရက်) (ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်း) 2. _____
 3. _____ 3. _____ days (ရက်) 3. _____
 FIT/Package (တစ်ဦးချင်း/ကြိုတင်စီစဉ်မှု) _____ Number of Member in your travel group _____
 Name of Contact in Myanmar and Ph no. (မြန်မာနိုင်ငံတွင် ဆက်သွယ်ရမည့် ပုဂ္ဂိုလ်နှင့်ဖုန်းနံပါတ်) _____

3. Do you have any of following signs and symptoms? (သင့်တွင် အောက်ပါရောဂါလက္ခဏာများ ရှိပါသလား)

Please tick the relevant boxes if you have any signs and symptoms. Please mark crossing the relevant boxes if you do not have any signs and symptoms) (သင့်တွင် ရောဂါလက္ခဏာများ ရှိပါက အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ မရှိပါက အမှား (X) ခြစ်ပါရန်)

☐ Rash or Vesicles(အရေပြားအနီစက်(သို့မဟုတ်)အရည်ကြည်ဖုတ်ခြင်း)	☐ High body temperature(ဖျားခြင်း)
☐ Swollen Lymph Node(ကိုယ်ခန္ဓာအင်္ဂါတို့ဖုများ ယောင်ယမ်းခြင်း)	☐ Headache(ခေါင်းကိုက်ခြင်း)
☐ Muscle Ache(ကြွက်သားနာကျင်ခြင်း)	☐ Fatigue(ပင်ပန်းနွမ်းနယ်ခြင်း)
☐ Sore throat(လည်ချောင်းနာခြင်း)	☐ Others (အခြားရောဂါလက္ခဏာများ) _____

4. Do you have any contact with Mpox suspected or confirmed cases within last 21 days? If yes, please tick the "Yes" box. If no, please tick the "No" box.

(Mpox-မျောက်ကျောက်ရောဂါ သံသယလူနာ/ အတည်ပြုလူနာများနှင့် လွန်ခဲ့သော ၂၁ ရက်အတွင်း ထိတွေ့မှုရှိပါသလား။ ရှိပါက "ဟုတ်"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်၊ မရှိပါက "မရှိ"တွင် အမှန် (✓) ခြစ်ပါရန်။) ☐ Yes(ဟုတ်) ☐ No(မရှိ)

Countries visited within 21 days. (လွန်ခဲ့သော ၂၁ ရက်အတွင်း သွားရောက်ခဲ့သည့် နိုင်ငံများ)

5. I will strictly follow the instructions on Quarantine and laboratory testing by Ministry of Health.

ကျန်းမာရေးဝန်ကြီးဌာနမှ ချမှတ်ထားသော Quarantine စည်းကမ်းချက်များနှင့် ဓါတ်ခွဲနမူနာစစ်ဆေးခြင်းများအား လက်ခံသဘောတူပါသည်။

I certified that the information is accurate and correct. If not I aware that legal action will be taken.

ဖြည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ပြည့်စုံပါသည်။ မမှန်မကန်ဖြည့်သွင်းပါက တည်ဆဲဥပဒေအရ အရေးယူခြင်းခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

Signature of passenger/ခရီးသည်၏လက်မှတ် _____