



မြန်မာအာမခံလုပ်ငန်း
ပြည်သူ့ပြည်သားနှစ်ချင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် ----- အဆိုလွှာအမှတ် -----
အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

ရေးသွင်းဖော်ပြချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီရင်ခံစာပါ အဖြေများကို တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွှဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်းစသည့် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် အကျိုးခံစားခွင့်ရရှိမည် မဟုတ်ပါကြောင်း သိရှိနားလည်သဘောတူပါသည်။ ထိုသို့ဖြစ်ပါက ပေးသွင်းထားသည့် ပရီမီယံကြေးများကို ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည် မဟုတ်ကြောင်းကိုလည်း သိရှိနားလည်သဘောတူပါသည်။

၁။ ပေါ်လစီရှင်

- အမည် -
- အမည် (အင်္ဂလိပ်) -
- နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -
- မွေးသက္ကရာဇ် -
- နောက်မွေးနေ့တွင် ပြည့်မည့်အသက် -
- အဘမည် -
- အလုပ်အကိုင် -
- နေရပ်လိပ်စာ -
- ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -
- ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် -

၂။ အာမခံထားသူ

- အမည် -
- အမည် (အင်္ဂလိပ်) -
- နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -
- မွေးသက္ကရာဇ် -
- နောက်မွေးနေ့တွင် ပြည့်မည့်အသက် -
- အဘမည် -
- အလုပ်အကိုင် -
- နေရပ်လိပ်စာ -
- ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -
- ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ် -

၃။ အာမခံထားငွေ (ကျပ်) -

၄။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသောမိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်မည့်သူ)

အမည် -

သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် -

နေရပ်လိပ်စာ -

ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ် -

၅။ အာမခံထားသူ၏ ဆန္ဒအရ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏ အချက်အလက်များ

စဉ်	အမည်	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်အမှတ်	မွေးသက္ကရာဇ်	တော်စပ်ပုံ	လိပ်စာ၊ ဖုန်း၊ Email	ရာခိုင်နှုန်း

၆။ အခြားအာမခံကုမ္ပဏီတွင် ပြည်သူပြည်သားနှစ်ချင်း အသက်အာမခံ ဝယ်ယူထားခြင်း ရှိ/မရှိ။

(ရှိပါက)

အာမခံကုမ္ပဏီအမည် -

အာမခံထားငွေ -

အာမခံစာချုပ်ချုပ်ဆိုသည့်နေ့ -