



မြန်မာအာမခံလုပ်ငန်း စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

၁။ (က) အလုပ်သမားအမည် -----

(ခ) အဖအမည် -----

(ဂ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----

(ဃ) အလုပ်သမားမှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

(င) အလုပ်သမားနေရပ်လိပ်စာ -----

(စ) အလုပ်အကိုင် -----

(ဆ) အလုပ်ဌာနအမည် -----

(ဇ) အလုပ်ဌာနလိပ်စာ -----

၂။ အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) -----

၃။ အာမခံထားငွေ -----

၄။ အာမခံသက်တမ်း -----

၅။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ(များ)၏ အချက်အလက်များ

(က) အမည် -----

(ခ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----

(ဂ) အဖအမည် -----

(ဃ) တော်စပ်ပုံ -----

(င) အသက် -----

(စ) လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း -----

(ဆ) နေရပ်လိပ်စာ -----

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါအချက်များ မှန်ကန်ပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် ----- အလုပ်သမားလက်မှတ် -----

ဦး/ဒေါ် ----- ရက်စွဲ -----

အထက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ခွင်မှ မကျန်းမာဖြစ်၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသူ
မဟုတ်ကြောင်းနှင့် စုပေါင်းအသက်အာမခံထားရှိကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။

အလုပ်ရှင်လက်မှတ် -----

အလုပ်ရှင်အမည် -----

ရက်စွဲ -----