

## စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

Branch Name ..... ကိုယ်စားလှယ်အမည် .....

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် .....

၁။ အာမခံထားသူအမည် .....

၂။ ရာထူး .....

၃။ လုပ်ငန်းအဖွဲ့အစည်း/ကုမ္ပဏီအမည် .....

၄။ နေရပ်လိပ်စာ .....

၅။ ဖုန်းနံပါတ် .....

၆။ အာမခံထားလိုသည့်ဝန်ထမ်းဦးရေ .....

- (က) လုပ်သားစာရင်းနှင့် တစ်ဦးချင်း၏အဆိုလွှာများအား ပူးတွဲတင်ပြပါသည်။
- (ခ) စာရင်းတွင်ပါရှိသော လုပ်သားများ လက်ရှိတာဝန်ထမ်းဆောင်နေကြပါသည်။
- (ဂ) အာမခံစတင်ထားရှိသည့်အချိန်မှစ၍ အလုပ်ခွင်တွင် မကျန်းမာ၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသူ၊ ဆေးကုသရန် ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ရရှိထားသူများ မပါဝင်ပါကြောင်း နှင့် အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ရှိရင်းစွဲရောဂါများနှင့်ဆက်စပ်ဖြစ်ပေါ်လာသောရောဂါမှအပဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များ အတွက်သာ ပေးလျော်မည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

လက်မှတ် .....

အမည် .....

ရက်စွဲ .....

စုပေါင်းအသက်အာမခံထားသည့် ဝန်ထမ်းများစာရင်း

စဉ်	အမည်	အဖအမည်	အလုပ်အကိုင်	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကဒ်အမှတ်	အသက်	အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်း မည့်သူ၏အမည်	တော်စပ်ပုံ	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကဒ်အမှတ်	အာမခံထားငွေ

\*အထက်ဖော်ပြပါ အာမခံထားရှိသူများသည် အာမခံထားရှိသည့်အချိန်တွင် ကျန်းမာကြောင်းနှင့် အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ရှိရင်းစွဲရောဂါများနှင့် ဆက်စပ်၍ဖြစ်ပေါ်လာသော ရောဂါမှအပ ဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များအတွက်သာ ပေးလျော်မည်ဖြစ်သည်။\*

လုပ်ငန်းပိုင်ရှင်လက်မှတ် -----  
 လုပ်ငန်းပိုင်ရှင်အမည် -----

## စုပေါင်းအသက်အာမခံ ဝန်ထမ်းတစ်ဦးချင်းအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----  
ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

- ၁။ အာမခံထားသူအမည် -----
- ၂။ အဖအမည် -----
- ၃။ နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----
- ၄။ ဝန်ထမ်းမှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
- ၅။ နေရပ်လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ် -----
  
- ၆။ အလုပ်အကိုင် -----
- ၇။ အလုပ်ဌာနအမည် -----
- ၈။ အလုပ်ဌာနလိပ်စာ -----
  
- ၉။ အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) -----
- ၁၀။ အာမခံထားငွေ -----
- ၁၁။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူအမည် -----
- ၁၂။ နိုင်ငံသား/နိုင်ငံခြားသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----
- ၁၃။ အဖအမည် -----
- ၁၄။ တော်စပ်ပုံ -----
- ၁၅။ အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) -----
- ၁၆။ နေရပ်လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ် -----

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် အာမခံစတင်ထားရှိသည့်အချိန်မှစ၍ အလုပ်ခွင်တွင် မကျန်းမာ၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသူ၊ ဆေးကုသရန် ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ရရှိထားသူ မဟုတ်ပါကြောင်းနှင့် အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ရိုရင်းစွဲရောဂါများနှင့်ဆက်စပ်၍ ဖြစ်ပေါ်လာသော ရောဂါမှအပဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များအတွက်သာ ပေးလျော်မည် ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ (အထက်ဖော်ပြပါ အချက်များ မှန်ကန်ပါသည်။)

လက်မှတ် -----  
အမည် -----  
ရက်စွဲ -----