

လူထုအခြေပြုကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအာမခံလက်မှတ်

ကိုယ်စားလှယ်အမည်
 ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်

အာမခံလက်မှတ်အမှတ်
 ရက်စွဲ

၁။ အာမခံထားသူအမည်		အဖအမည်	
၂။ အသက်	() နှစ်၊	0	ရက် 0 လ 20.... နှစ်
၃။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	-----		
၄။ အလုပ်အကိုင်	-----		
၅။ ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-----		
၆။ ဖုန်းနံပါတ်	-----		
၇။ အာမခံသက်တမ်း	0 Year	From 00-00-20...	To 00-00-20...
၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခံရသူ၏အမည်	အဖအမည်		
အသက်	() နှစ်၊	-----	
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	-----		
တော်စပ်ပုံ	-----		
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-----		
ဖုန်းနံပါတ်	-----		

ဝန်ခံချက်

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိ ကျန်းမာရေးအခြေအနေမှာကောင်းမွန်ကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အာမခံထားရှိသူပေးသွင်းသော ပရီမီယံကို အကြောင်းပြု၍ အာမခံသက်တမ်းအတွင်း မတော်တဆထိခိုက်မှုကြောင့် အာမခံထားသူ ဆေးရုံတက်ရလျှင်ဖြစ်စေ၊ ကွယ်လွန်လျှင်ဖြစ်စေ အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူထံသို့ တစ်ဖက်စာမျက်နှာပါ အကျိုးခံစားခွင့်ကို ဤအာမခံလက်မှတ်တွင် ဖော်ပြထားသည့် စည်းကမ်းချက်များနှင့်အညီ ထုတ်ပေးရန် ဤကုမ္ပဏီက ကတိပြုတာဝန်ယူပါသည်။