

နှစ် တို ပ ရီ မီ ယံ တစ် ကြိမ် ပေး ချေး ငွေ အ သက် အာ မ ခံ အ ဆို လွှာ

Branch Name -----

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

	ပေါ်လစီရှင်	အာမခံထားသူ
အမည်-(မြန်မာ/အင်္ဂလိပ်)		
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်		
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	()ရက်၊()လ၊()နှစ်	()ရက်၊()လ၊()နှစ်
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	()နှစ်	()နှစ်
အဘအမည်		
အလုပ်အကိုင်		
နေရပ်လိပ်စာ		
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ		
ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်		

၂။ ဘဏ်/ငွေရေးကြေးရေး အဖွဲ့အစည်း/ အသေးစားငွေချေးလုပ်ငန်း

ထံမှ ချေးယူငွေ

၃။ ချေးငွေပြန်လည်ပေးဆပ်ရမည့်ကာလ

၄။ ချေးငွေ ချေးယူရသည့်အကြောင်းကိစ္စ
.....
.....

၅။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းပေးရမည့် ဘဏ်/ငွေရေးကြေးရေးအဖွဲ့အစည်း/အသေးစားငွေချေးလုပ်ငန်း

အမည်

လိပ်စာ

၆။ ဤ နှစ်တိုပရီမီယံတစ်ကြိမ်ပေးချေးငွေအသက်အာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိဖူးပါသလား။

ရှိလျှင်ဖော်ပြပါ။

ကုမ္ပဏီအမည်

ချေးငွေပမာဏ (ကျပ်)

ပေါ်လစီအမှတ်

အာမခံစသည့်နေ့

၇။ လွန်ခဲ့သော ၃လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း(ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်)၊ ဆေးကုသရန် ဆရာဝန်၏ ထောက်ခံချက်ကို ရရှိထားခြင်း၊ ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံခဲ့ရခြင်း များ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိ မရှိ

ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည်

၈။ လွန်ခဲ့သော (၁) နှစ်အတွင်း X-ray ရိုက်ခြင်း၊ Ultrasound ရိုက်ခြင်း၊ CT Scan ရိုက်ခြင်း၊ ECG ရိုက်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်း၊ ဆီးစစ်ခြင်း၊ သွေးစစ်ခြင်း နှင့် အခြားသောစစ်ဆေးမှုများ ပြုလုပ်ခဲ့ခြင်း ရှိ မရှိ

ရှိပါက - စစ်ဆေးခဲ့သည့် နှစ် လ

တွေ့ရှိချက်

၉။ လွန်ခဲ့သော(၅) နှစ်အတွင်း အောက်ပါရောဂါများကြောင့် စမ်းသပ်မှုခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှုခံယူခြင်း (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်း အပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားခံရခြင်း ရှိ မရှိ

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| (၁) နှလုံးရောဂါ | <input type="checkbox"/> | (၆) ကျောက်ကပ် | <input type="checkbox"/> |
| (၂) သွေးတိုးခြင်း | <input type="checkbox"/> | (၇) အသည်း | <input type="checkbox"/> |
| (၃) အဆုတ်ရောဂါ(တီဘီစသည်) | <input type="checkbox"/> | (၈) အစာအိမ် | <input type="checkbox"/> |
| (၄) ဆီးချို | <input type="checkbox"/> | (၉) ကင်ဆာအလုံးအကျိတ် | <input type="checkbox"/> |
| (၅) လေးဘက်နာ | <input type="checkbox"/> | (၁၀) စိတ်ကျရောဂါ | <input type="checkbox"/> |

ရှိပါက - ဖြစ်ခဲ့သောရောဂါအမည်

စစ်ဆေးခဲ့သည့် နှစ် လ

တွေ့ရှိချက်

၁၀။ (၇) မှ (၉) အထိ မေးခွန်းတစ်ခုခုတွင် "ရှိ" ဟုဖော်ပြထားပါက လက်ရှိအခြေအနေ

လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး စစ်ဆေးနေဆဲ ကုသနေဆဲ အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ

ဝန်ခံချက်

အထက်ပါဖော်ပြချက်များနှင့် ဆေးစစ်အစီရင်ခံစာပါအဖြေများသည် မှန်ကန်ပါကြောင်း ကြေငြာပါသည်။ အာမခံသက်တမ်းအတွင်း ဖော်ပြပါရောဂါများနှင့်ပတ်သက်၍ ၎င်းရောဂါနှင့်ဆက်စပ်၍ ဖြစ်ပေါ်လာသောရောဂါမှအပဖြစ်သော အာမခံအကာအကွယ်များအတွက်သာ ပေးလျော်မည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ၎င်းတို့သည် ဤကုမ္ပဏီနှင့် ကျွန်ုပ် ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များ ပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

.....မြို့နယ်၊.....၌.....ခုနှစ်၊.....လ၊

.....ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

ပေါ်လစီရှင်လက်မှတ်

အာမခံထားသူလက်မှတ်

ဘဏ်/ငွေရေးကြေးရေးအဖွဲ့အစည်း/အသေးစားငွေချေးလုပ်ငန်းမှ ဖြည့်စွက်ရမည့်အပိုင်း

- ထုတ်ပေးသည့် ချေးငွေပမာဏ (ကျပ်)
- ဘဏ်မှ အာမခံထားရန် အဆိုပြုသည့် ငွေပမာဏ (ကျပ်)
- ချေးငွေကာလ (နှစ်)
- ချေးငွေဆပ်ရမည့်အရစ်

လက်မှတ်

အမည်

ရက်စွဲ