

ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှု အာမခံအဆိုလွှာ

Branch Name-----

အာမခံဝယ်ယူသူအမည် ----- ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် ----- ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

အာမခံထားသူအမည် -----

အဖအမည် -----

အသက် (လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်) -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

လူမျိုး -----

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ -----

ကျား/မ -----

အရပ်အမြင့် -----

ကိုယ်အလေးချိန်ပေါင် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် -----

အလုပ်အကိုင် (အသေးစိတ်ဖော်ပြရန်) -----

လုပ်ငန်းသဘာဝ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

အာမခံထားငွေ ကျပ်-----US\$-----

အာမခံသက်တမ်း ၃လ ၆လ ၁၂လ

အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူအမည် -----

အဖအမည် -----

အသက် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် / နိုင်ငံကူးလက်မှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ဤအဆိုလွှာ တင်သည့်ရက်နေ့တွင် ကောင်းစွာကျန်းမာလျက်ရှိပြီး မိမိ၏ ခန္ဓာကိုယ်၌ မည်သည့် ဒဏ်ရာမျှ လုံးဝမရှိပါကြောင်း ကြေငြာပါသည်။

ကြိုတင်ကြံရွယ်ချက်ဖြင့်လည်းကောင်း၊ မူးယစ်စေတတ်သော ဆေးဝါးသုံးစွဲခြင်းကြောင့်လည်းကောင်း၊ ရောဂါကြောင့်သော်လည်းကောင်း မိမိကိုယ်ကို ဒဏ်ရာအနာတရဖြစ်စေခြင်း၊ မသန်စွမ်းဖြစ်ခြင်း၊ သေဆုံးခြင်း ဖြစ်ရပ်များအတွက် အကျိုးခံစားခွင့် မရရှိနိုင်ကြောင်း သိရှိပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါ ကြေငြာချက်၊ ဖြည့်စွက်ချက်များနှင့် အဖြေများမှာ ကျွန်တော်/ကျွန်မ သိရှိယုံကြည်သရွေ့ မှန်ကန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပြီး ၎င်းတို့မှာ ကျွန်တော်/ကျွန်မနှင့် ဤကုမ္ပဏီတို့ချုပ်ဆိုမည့်ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံများဖြစ်ပါကြောင်း နှင့် ယင်းအဖြေများ၊ ကြေငြာချက်၊ ဖြည့်စွက်ချက်များ တစ်စုံတစ်ရာမမှန်ပါက အဆိုပါပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်ကာ အကျိုးခံစားခွင့် လုံးဝမရရှိနိုင်ကြောင်း ကောင်းစွာသိရှိပါသည်။

ကိုယ်စားလှယ်/အသိသက်သေလက်မှတ်	အာမခံထားသူလက်မှတ်
အမည် -----	အမည် -----
လိပ်စာ -----	လိပ်စာ -----
-----	-----
ဖုန်းနံပါတ် -----	ဖုန်းနံပါတ် -----

အာမခံဝယ်ယူသူလက်မှတ်

အမည် -----