



ကိုယ်စားလှယ်အမည်
ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်

အာမခံလက်မှတ်အမှတ်
ရက်စွဲ

လူထုအခြေပြုကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုအာမခံလက်မှတ်

၁။ အာမခံထားသူအမည် ----- အဘအမည်-----

၂။ အသက် ----- (-----) နှစ်၊ (မွေးသက္ကရာဇ်) ----- ရက် -----လ -----

နှစ်

၄။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

၅။ အလုပ်အကိုင် -----

၆။ ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -----

၇။ ဖုန်းနံပါတ် -----

၈။ အာမခံသက်တမ်း -----

၉။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူအမည်----- အဘအမည်-----

အသက် ----- (-----) နှစ်၊ (မွေးသက္ကရာဇ်) ----- ရက် -----လ ----- နှစ်

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

ဝန်ခံချက်

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏လက်ရှိ ကျန်းမာရေးအခြေအနေမှာ ကောင်းမွန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

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

အာမခံထားသူလက်မှတ်

အာမခံလက်ခံသူလက်မှတ်