



ကိုယ်အင်္ဂါထိခိုက်မှုအာမခံအဆိုလွှာ

ကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် -----

အာမခံထားသူအမည် -----

အဘအမည် -----

အသက်(လာမည့်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်) -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

လူမျိုး -----

အိမ်ထောင်ရှိ/မရှိ -----

ကျား/မ -----

အရပ်အမြင့် -----

ကိုယ်အလေးချိန်ပေါင် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် -----

အလုပ်အကိုင် (အသေးစိတ်ဖော်ပြရန်) -----

လုပ်ငန်းသဘာဝ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

အာမခံထားငွေ -----

အာမခံသက်တမ်း -----

ကျပ် ----- US\$ -----

၃ လ ၆ လ ၁၂ လ



အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူအမည် -----

အဘအမည် -----

အသက် -----

မွေးသက္ကရာဇ် -----

နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ် -----

တော်စပ်ပုံ -----

နေရပ်လိပ်စာ -----

ဖုန်းနံပါတ် -----

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ဤအဆိုလွှာတင်သည့်ရက်နေ့တွင် ကောင်းစွာကျန်းမာလျက်ရှိပြီး မိမိ၏ခန္ဓာကိုယ်၌ မည်သည့် ဒဏ်ရာမျှ လုံးဝမရှိပါကြောင်း ကြေညာပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါ ကြေညာချက်၊ ဖြည့်စွက်ချက်များနှင့် အဖြေများမှာ ကျွန်တော်/ကျွန်မ သိရှိယုံကြည်သရွေ့ မှန်ကန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပြီး ၎င်းတို့မှာ ကျွန်တော်/ကျွန်မနှင့် ဤအာမခံကုမ္ပဏီတို့ချုပ်ဆိုမည့် ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံများဖြစ်ပါကြောင်း နှင့် ယင်းအဖြေများ၊ ကြေညာချက်၊ ဖြည့်စွက်ချက်များ တစ်စုံတစ်ရာမမှန်ပါက အဆိုပါ ပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်ကာ အကျိုးခံစားခွင့် လုံးဝမရရှိနိုင်ကြောင်း ကောင်းစွာသိရှိပါသည်။

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