



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း
စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် -----

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမှတ်-----

၁။ (က) အလုပ်သမားအမည် ----- (ခ) အဘအမည် -----

(ဂ) အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

(ဃ) အလုပ်သမားမှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

(င) အလုပ်သမားနေရပ်လိပ်စာ -----

(စ) အလုပ်အကိုင် -----

(ဆ) အလုပ်ဌာနအမည် -----

(ဇ) အလုပ်ဌာနလိပ်စာ -----

၂။ အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) -----

၃။ အာမခံထားငွေ -----

၄။ အာမခံသက်တမ်း -----

၅။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်း

(က) လွှဲပြောင်းခြင်းခံရမည့်သူ၏အမည် -----

(ခ) အမျိုးသား/နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

(ဂ) ၎င်း၏အဘအမည် -----

(ဃ) အလုပ်သမားနှင့်တော်စပ်ပုံ -----

(င) အသက် -----

(စ) လွှဲပြောင်းမည့်အမျိုးအစား -----

(ဆ) လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏နေရပ်လိပ်စာ -----

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါအချက်များမှန်ကန်ပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ်-----

အလုပ်သမားလက်မှတ်-----

ဦး/ဒေါ် -----

ရက်စွဲ -----

အထက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ခွင်မှမကျန်းမမာဖြစ်၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေ
ရသူမဟုတ်ကြောင်းနှင့် စုပေါင်းအသက်အာမခံထားရှိကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။

အလုပ်ရှင်လက်မှတ် -----

(လုပ်ငန်းတံဆိပ်)

အလုပ်ရှင်အမည် -----

ရက်စွဲ -----