



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း နှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အဆိုလွှာအမှတ်-

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ်-

၁။	ပေါ်လစီရှင်	
	အမည်	-
	အမည်(အင်္ဂလိပ်)	-
	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	-
	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	-
	အဘအမည်	-
	အလုပ်အကိုင်	-
	နေရပ်လိပ်စာ	-
	ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-
	ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-
	အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ	-
၂။	အာမခံထားသူ	
	အမည်	-
	အမည်(အင်္ဂလိပ်)	-
	နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	() ရက် () လ ()
	မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	ခုနှစ်။
	နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	() နှစ်
	အဘအမည်	-
	အလုပ်အကိုင်	-
	နေရပ်လိပ်စာ	-
	ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	-
	ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	-
	အီးမေးလ်	-
၃။	အာမခံထားငွေ	-
၄။	အာမခံသက်တမ်း	() နှစ်

၅။ ပရိမိယံပေးသွင်းခြင်း	() ၁လတစ်ကြိမ် () ၃လတစ်ကြိမ် () ၆လတစ်ကြိမ် () ၁နှစ်တစ်ကြိမ်
၆။ အာမခံထားသူနှင့်အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့်မိတ်ဆွေ(ဆက်သွယ်နိုင်ရန်) အမည် သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက် နေရပ်လိပ်စာ ဖုန်းနံပါတ်နှင့်အီးမေးလ်	
၇။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူအမည်၊ တော်စပ်ပုံ၊ လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်းအချိုးအစား	
၈။ ဤနှစ်တိုငွေပင်ငွေရင်းအသက်အာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားရှိပါက ကုမ္ပဏီအမည် အာမခံထားငွေ အာမခံစသည့်နေ့	

အထက်ဖော်ပြပါအချက်များနှင့် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်အစီရင်ခံပါ အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်းကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်းနှင့် ကျွန်ုပ်ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏ အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများတွင်မမှန်ကန်သောအချက် သို့မဟုတ် အချက်များပါရှိခဲ့လျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည်ဖြစ်ကြောင်းကို သိရှိပါသည်။

----- မြို့နယ်၊ -----၌ ----- ခုနှစ်၊-----လ၊

----- ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အာမခံထားသူလက်မှတ်-----

အသိသက်သေ

အသိသက်သေ

- လက်မှတ် -
- အမည် -
- ဖုန်းနံပါတ်-
- ရက်စွဲ -

- လက်မှတ် -
- အမည် -
- ဖုန်းနံပါတ်-
- ရက်စွဲ -