



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း

တမူထူးခြားသည့်စုဆောင်းမှုအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အဆိုလွှာအမှတ် - .....	ကိုယ်စားလှယ်အမည်နှင့်အမှတ် .....
၁။ အာမခံထားသူ	- .....
အမည်	- .....
အမည် (အင်္ဂလိပ်)	- .....
အဘအမည်	- .....
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ်	- .....
(မိတ္တူပူးတွဲတင်ပြရန်)	
မွေးနေ့သက္ကရာဇ်	- (            ) ရက်၊ (            ) လ၊ (            ) ခုနှစ်
နောက်မွေးနေ့တွင်ပြည့်မည့်အသက်	- (            ) နှစ်
အလုပ်အကိုင်	- .....
နေရပ်လိပ်စာ	- .....
ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ	- .....
ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်	- .....
၂။ အာမခံထားငွေ	- .....
၃။ ကျသင့်ပရီမီယံ	- .....
၄။ အာမခံသက်တမ်း	- (.....) နှစ်
၅။ ပရီမီယံပေးသွင်းခြင်း	- ၁-လတစ်ကြိမ်၊ ၃-လတစ်ကြိမ်၊ ၆-လတစ်ကြိမ်၊ ၁-နှစ်တစ်ကြိမ်။
၆။ အာမခံထားသူနှင့် အနည်းဆုံးတစ်နှစ်သိကျွမ်းသည့် မိတ်ဆွေ (ဆက်သွယ်နိုင်ရန်)	
အမည်	- .....
သိကျွမ်းသည့်နှစ်အရေအတွက်	- .....
နေရပ်လိပ်စာ	- .....
ဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်	- .....

၇။ တမူထူးခြားသည့်စုဆောင်းမှုအသက်အာမခံ ပေါ်လစီကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် အာမခံထားပြီးဖြစ်လျှင် ဖော်ပြရန်။

ကုမ္ပဏီအမည် - .....  
 အာမခံထားငွေ(ကျပ်) - .....  
 ပေါ်လစီအမှတ် - .....  
 အာမခံစသည့်နေ့ - .....

၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ  
 အမည် - .....  
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် - .....  
 တော်စပ်ပုံ - .....  
 လွှဲပြောင်းမည့်ရာခိုင်နှုန်း - .....

အထက်ဖော်ပြချက်များနှင့် အဖြေများသည် မှန်ကန်ကြောင်းကြေငြာပါသည်။ ၎င်းတို့သည် မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း နှင့်ကျွန်ုပ်ချုပ်ဆိုသော ပဋိညာဉ်၏အခြေခံအချက်ကြီးများဖြစ်ကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အကယ်၍ အဆိုပါဖော်ပြ ချက်များနှင့် အဖြေများတွင် မမှန်ကန်သောအချက်(သို့မဟုတ်) အချက်များပါရှိခဲ့ပါလျှင် ဤပဋိညာဉ်ပျက်ပြယ်မည်ဖြစ် ကြောင်းကိုသိရှိပါသည်။

..... မြို့နယ်၊ ..... ဌာ ..... ခုနှစ်  
 ..... လ၊ ..... ရက်နေ့တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

အာမခံထားသူလက်မှတ် .....

**အသိသက်သေ**

**အသိသက်သေ**

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

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