



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) အလုပ်သမားနှင့် တော်စပ်ပုံ -----

(င) အသက် -----

(စ) လွှဲပြောင်းမည့်အချိုးအစား -----

(ဆ) လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏ နေရပ်လိပ်စာ -----

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။

အထက်ဖော်ပြပါအချက်များ မှန်ကန်ပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် -----အလုပ်သမားလက်မှတ် -----

ဦး/ဒေါ် ----- ရက်စွဲ -----

အထက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ခွင်မှ မကျန်းမာမဖြစ်၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသူ မဟုတ်ကြောင်းနှင့် စုပေါင်းအသက်အာမခံထားရှိကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။

(လုပ်ငန်းတံဆိပ်)

အလုပ်ရှင်လက်မှတ် -----

အလုပ်ရှင်အမည် -----

ရက်စွဲ -----

မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း
စုပေါင်းအသက်အာမခံ

----- မှ ----- ထိ (စုပေါင်းအသက်အာမခံထားသည့် အလုပ်သမားများစာရင်း)

အမှတ်စဉ်	အလုပ်သမား၏အမည်	အဘအမည်	အလုပ်အကိုင်	အမျိုးသား/ နိုင်ငံသား မှတ်ပုံတင်အမှတ်	အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်)	အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းမည့် သူ၏အမည်	တော်စပ်ပုံ	အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းမည့်သူ၏ အမျိုးသား/ နိုင်ငံသားမှတ်ပုံတင်အမှတ်	အာမခံ ထားငွေ ကျပ်	ပရီမီယံ ကျပ်	မှတ်ချက်
၁	၂	၃	၄	၅	၆	၇	၈	၉	၁၀	၁၁	၁၂

မန်နေဂျာ
မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း