

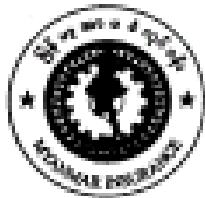
မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း  
ကျန်းမာရေးအာမခံလျှင်ကြေးတောင်းခံရန် ကနဦးအကြောင်းကြားစာ

ရက်စွဲ၊

- ၁။ ကိုယ်စားလှယ်အမည်/အမှတ် .....  
.....
- ၂။ ပေါ်လီစီအမှတ် .....  
.....
- ၃။ ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် .....  
.....
- ၄။ အာမခံထားသူအမည် .....  
.....  
အဘအမည် .....  
မှတ်ပုံတင်အမှတ် .....  
အလုပ်အကိုင် .....  
နေရပ်လိပ်စာ .....  
တယ်လီဖုန်းအမှတ် .....
- ၅။ ကနဦးတက်ရောက်ရသည့်ဆေးရုံ၊ဆေးခန်းအမည်/လိပ်စာ .....  
.....  
.....
- ၆။ ဆေးရုံစတင်တက်ရောက်သည့်နေ့ .....  
.....
- ၇။ ဆေးရုံတက်ရောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း .....  
.....  
.....

ကနဦးအကြောင်းကြားသူ

အမည် .....  
မှတ်ပုံတင်အမှတ် .....  
အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ .....  
နေရပ်လိပ်စာ .....  
.....  
တယ်လီဖုန်းအမှတ် .....



မြန်မာ့အာမခံလုပ်ငန်း  
ကျန်းမာရေးအာမခံလုပ်ငန်းစာတမ်းစံလွှာ

ရက်စွဲ၊

- ၁။ ကိုယ်စားလှယ်အမည်/အမှတ် .....
- ၂။ အာမခံပေါ်လီစီအမှတ် .....
- ၃။ အာမခံသို့ကနဦးအကြောင်းကြားသည့်နေ့ .....
- ၄။ ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် .....
- ၅။ အာမခံထားသူအမည် .....
- အဘအမည် .....
- မှတ်ပုံတင်အမှတ် .....
- အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) .....
- အလုပ်အကိုင် .....
- နေရပ်လိပ်စာ .....
- တယ်လီဖုန်းအမှတ် .....
- ၆။ သုပ်ထိန်းသူ/အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူအမည် .....
- အဘအမည် .....
- နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် .....
- မွေးသက္ကရာဇ် .....
- တော်စပ်ပုံ .....
- နေရပ်လိပ်စာ .....
- ၇။ တက်ရောက်ကုသသည့်ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်/လိပ်စာ .....
- .....
- ၈။ ဆေးရုံစတင်တက်ရောက်သည့်နေ့ .....
- ၉။ ဆေးရုံမှဆင်းသည့်နေ့ .....
- ၁၀။ ဆေးရုံတက်ရောက်ရာသည့်အကြောင်းရင်း .....
- .....

၁၁။ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံချက်

- ဆေးရုံတက်စရိတ် ( ) ရက် x ကျပ် ၁၅၀၀၀/- =

ပူးတွဲပါအထောက်အထား - (၁) ဆေးရုံတက်မှတ်တမ်းစာအုပ်မိတ္တူ

(၂) သေဆုံးကြောင်းအထောက်အထားမိတ္တူ

အလီသက်စော

အာမခံထားသူ/အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူ

( )

( )

အမည် -----

အမည် -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----

မှတ်ပုံတင်အမှတ် -----