အောင်သစ္စာဦးအသက်အာမခံကုမ္ပဏီလီမိတက်

တယ်လီဖုန်း - ၀၁-၈၆၁၀၃၄၂၊၀၁-၈၆၁၀၃၄၅၅
ဖက်(စ်)နံပါတ် - ၀၁-၈၆၁၀၃၄၃၊၀၁-၈၆၁၀၃၄၄၄
အီးမေးလ်လိပ်စာ - aungthitsaooins@gmail.com
အခန်း(၀၁-၀၄)၊ Union Financial Centre (UFC)
မဟာဗန္ဓုလလမ်းနှင့်သိမ်ဖြူလမ်းထောင့်၊
ဗိုလ်တထောင်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

တောင်သူလယ်သမားအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံထားသူကိုယ်တိုင်က အဆိုလွှာပါ ဖော်ပြချက်များကို ပေါ့ဆစွာ မှားယွင်းဖော်ပြခြင်း၊ တမင်ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် လွဲမှားစွာဖော်ပြခြင်း၊ ထိန်ချန်ခြင်း၊လိမ်လည်ခြင်း စသည့် မမှန်မကန် ဖော်ပြခြင်းများရှိပါက ပေါ်လစီအကျိုးခံစားခွင့်များ ဆုံးရှုံးမည်ဖြစ်ပြီး ပေးသွင်းထားသော ပရီမီယံကြေးများ ပြန်လည်ထုတ်ပေးမည်မဟုတ်ပါ။

ကိုယ်စားလှယ်အမည် ----------

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ် ----------

၁။ အာမခံထားသူအမည် ---------- အဘအမည် ----------

၂။ အသက် ( ) နှစ်၊ မွေးသက္ကရာဇ် ---------- ရက်၊ ---------- လ၊ ----------နှစ်

၃။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် ----------

၄။ အလုပ်အကိုင် ----------

၅။ ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာနှင့် ဖုန်းနံပါတ် ----------

၆။ အာမခံထားငွေ ----------

၇။ အာမခံသက်တမ်း ---------- မှ ---------- ထိ ----------(၁) နှစ်

၈။ အကျိုးခံစားခွင့်လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏

(က) အမည် ----------

(ခ) အဘအမည် ----------

(ဂ) အသက် ----------

(ဃ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကဒ်အမှတ် ----------

(င) တော်စပ်ပုံ ----------

(စ) ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ ----------

(ဆ) ဖုန်းနံပါတ် ----------

(ဇ) ရာခိုင်နှုန်းအချိုးအစား ----------

အခြားကုမ္ပဏီများနှင့် အာမခံထားရှိမှုအခြေအနေ

၉။ ဤအာမခံကို အခြားအာမခံကုမ္ပဏီများတွင် ထားရှိပါလျှင်

(က) အာမခံကုမ္ပဏီအမည် ----------

(ခ) အာမခံလက်မှတ် အမှတ် ----------

(ဂ) အာမခံထားငွေ ----------

(ဃ) အာမခံသက်တမ်း ----------

၁၀။ (က) အာမခံထားရန် အဆိုပြုသူ၏ လတ်တလောကျန်းမာရေးအခြေအနေ

လွန်ခဲ့သည့် (၃) လအတွင်း ဆရာဝန်ထံမှ စမ်းသပ်မှု ခံယူခြင်း၊ ဆေးစစ်ခြင်း၊ ကုသမှု ခံယူခြင်း၊ (ဆေးရုံတက်ခြင်း၊ ခွဲစိတ်ကုသခြင်းအပါအဝင်) ဆေးသောက်ရန် ညွှန်ကြားခံရခြင်းများ ရှိခဲ့ပါသလား။ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ ☐

(ခ) လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ကျန်းမာရေးအခြေအနေ

လွန်ခဲ့သော (၅) နှစ်အတွင်း ဆေးရုံတက်ဖူးပါသလား၊ တက်ဖူးပါက မည်သည့် ရောဂါကြောင့် တက်သနည်း။ တက်ဖူးပါသည် ☐ မတက်ဖူးပါ ☐

ရောဂါအမည် ----------

ဆေးရုံ/ ဆေးခန်းအမည် ----------

ဆရာဝန်အမည် ----------

ကုသသည့်ကာလ ----------

လက်ရှိအခြေအနေ

(၁) လုံးဝပျောက်ကင်းပြီး ☐ (၂) ကုသနေဆဲ ☐

(၃) အခြေအနေစောင့်ကြည့်နေဆဲ ☐

ကုသသည့်ဆရာဝန်၏ သီးခြားညွှန်ကြားချက်ရှိပါက ဖော်ပြရန် ----------

---

(ဂ) ယခု (သို့ မဟုတ်) လွန်ခဲ့သော (၁၂) လအတွင်း ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား

သောက်ပါသည် ☐ မသောက်ပါ ☐

ဆေးလိပ်သောက်သည့်ခုနှစ် :---------- နေ့ စဉ် ☐ တစ်ခါတစ်ရံ ☐

နေ့ စဉ်သောက်သည့်ဆေးလိပ်အရေအတွက် :----------

(ဃ) အရက်သောက်ပါသလား သောက်ပါသည် ☐ မသောက်ပါ ☐

နေ့ စဉ်ပုံမှန်သောက်ပါသလား :---------- နေ့စဉ် ☐ တစ်ခါတစ်ရံ ☐

တစ်နေ့ လျှင်မည်မျှသောက်ပါသလဲ :----------

(ဂ) ကိုယ်ဝန်

လက်ရှိကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား။ သို့ မဟုတ်ရာသီမလာခြင်း၊ ကိုယ်ဝန်ရှိစ မူးဝေ အော့အန်ခြင်းဖြစ်နေသည်ဟု ယူဆသည့်လက္ခဏာရှိခြင်းစသည့် ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်သည့် လက္ခဏာများရှိပါသလား။ ရှိပါသည် ☐ မရှိပါ ☐

ဝန်ခံချက်

အထက်ဖော်ပြပါ ဖြည့်စွက်ချက်များ မှန်ကန်ပါကြောင်းနှင့် မိမိ၏ လက်ရှိ ကျန်းမာရေး အခြေအနေမှာ ကောင်းမွန်ပါကြောင်း ဝန်ခံကတိပြုပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် ---------- အာမခံထားသူလက်မှတ် ----------

အသိသက်သေအမည် ---------- အာမခံထားသူအမည် ----------

ဖုန်းနံပါတ် ---------- ရက်စွဲ ----------

အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူအနေဖြင့် အာမခံထားသူ၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေ ကောင်း/မကောင်း မှတ်ချက်ပြုပါရန်။

အဆိုလွှာလက်ခံစစ်ဆေးသူလက်မှတ် ----------

အမည် ----------

ရာထူး ----------