



## CB စုပေါင်းအသက်အာမခံအဆိုလွှာ

အာမခံကိုယ်စားလှယ်အမည် ----- ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်-----

**၁။ အလုပ်သမား၏ -**

- (က) အမည် -----
- (ခ) အဘအမည် -----
- (ဂ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----
- (ဃ) အလုပ်သမားမှတ်ပုံတင်အမှတ် -----
- (င) နေရပ်လိပ်စာ -----
- 
- (စ) အလုပ်အကိုင် -----
- (ဆ) လုပ်ငန်းအမည် -----
- (ဇ) လုပ်ငန်းလိပ်စာ -----
- 

**၂။ အလုပ်သမား၏-**

- (က) အသက် (မွေးသက္ကရာဇ်) -----
- (ခ) အာမခံထားငွေ -----
- (ဂ) အာမခံသက်တမ်း -----

**၃။ အကျိုးခံစားခွင့် လွှဲပြောင်းခြင်းခံရသူ၏ -**

- (က) အမည် -----
- (ခ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ် -----
- (ဂ) အဘအမည် -----
- (ဃ) အလုပ်သမားနှင့်တော်စပ်ပုံ -----
- (င) အသက် -----
- (စ) လွှဲပြောင်းမည့် အချိုးအစား -----
- (ဆ) နေရပ်လိပ်စာ -----
- 

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ကျန်းမာသူဖြစ်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါ အချက်များ မှန်ကန်ပါသည်။

အသိသက်သေလက်မှတ် ----- အလုပ်သမားလက်မှတ်-----  
 ဦး/ဒေါ် ----- ရက်စွဲ -----

အထက်ဖော်ပြပါပုဂ္ဂိုလ်သည် အလုပ်ခွင်မှ မကျန်းမမာဖြစ်၍ ခွင့်ယူနေရသူ၊ ဆေးကုသမှုခံယူနေရသူ မဟုတ်ကြောင်း နှင့် စုပေါင်းအသက်အာမခံထားရှိကြောင်း အဆိုပြုပါသည်။

(လုပ်ငန်းတံဆိပ်) အလုပ်ရှင်လက်မှတ် -----  
 အလုပ်ရှင်အမည် -----  
 ရက်စွဲ -----