

ကျန်းမာရေးအာမခံလျော်ကြေးတောင်းခံရန် ကနဦးအကြောင်းကြားစာ

ရက်စွဲ။

- ၁။ ကိုယ်စားလှယ်အမည်/အမှတ် -----
- ၂။ ပေါ်လီစီအမှတ် -----
- ၃။ ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----
- ၄။ အာမခံထားသူအမည် -----
- အဘအမည် -----
- နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်-----
- အလုပ်အကိုင် -----
- နေရပ်လိပ်စာ -----
- တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----
- ၅။ ကနဦးတက်ရောက်ကုသသည့်ဆေးရုံဆေးခန်းအမည်/လိပ်စာ-----
- ၆။ ဆေးရုံစတင်တက်ရောက်သည့်နေ့-----
- ၇။ ဆေးရုံတက်ရောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း-----

ကနဦးအကြောင်းကြားသူ -----

လက်မှတ်-----

အမည်-----

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်/နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်-----

အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ-----

နေရပ်လိပ်စာနှင့်ဖုန်းအမှတ်-----

ကျန်းမာရေးအာမခံလျော်ကြေးတောင်းခံရန် ကနဦးအကြောင်းကြားစာ

ရက်စွဲ။

- ၁။ ကိုယ်စားလှယ်အမည်/အမှတ် -----
- ၂။ ပေါ်လီစီအမှတ် -----
- ၃။ ဝယ်ယူသည့်ယူနစ်အရေအတွက် -----
- ၄။ အာမခံထားသူအမည် -----
- အဘအမည် -----
- နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်/နိုင်ငံကူးလက်မှတ်အမှတ်-----
- အလုပ်အကိုင် -----
- နေရပ်လိပ်စာ -----
- တယ်လီဖုန်းအမှတ် -----
- ၅။ ကနဦးတက်ရောက်ကုသသည့်ဆေးရုံဆေးခန်းအမည်/လိပ်စာ-----
- ၆။ ဆေးရုံစတင်တက်ရောက်သည့်နေ့-----
- ၇။ ဆေးရုံတက်ရောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း-----

ကနဦးအကြောင်းကြားသူ -----

လက်မှတ်-----

အမည်-----

နိုင်ငံကူးလက်မှတ်/နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်-----

အာမခံထားသူနှင့်တော်စပ်ပုံ-----

နေရပ်လိပ်စာနှင့်ဖုန်းအမှတ်-----