



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

"မီးဖွားမှု အကျိုးခံစားခွင့်" တောင်းခံလွှာ

- ၁။ အမည် _____ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၂။ အဘအမည် _____ နေရပ်လိပ်စာ _____
- ၃။ မီးဖွားမှု/ကိုယ်ဝန်ပျက်မှု/ကလေးမွေးစားမှုနှင့်ဆိုင်သော ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်အရ စတင်အလုပ်မလုပ်နိုင်သည့်နေ့ရက် ။ () ရက် () လ () ခုနှစ်
- ၄။ ဆေးသက်သေခံလက်မှတ် ထုတ်ပေးသော ဆေးခန်းအမှတ် _____
- ၅။ () ရက် () လ () ခုနှစ် တွင် တစ်ဦးတည်း / အမြွှာ / ၃ မြွှာနှင့်အထက် မီးဖွားသည်/ကိုယ်ဝန်ပျက်သည်/ ကလေးမွေးစားသည်။ (မှတ်ချက်။ မွေးစာရင်းထောက်ခံစာမူရင်း ပူးတွဲတင်ပြရန်။)

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူလက်မှတ် (သို့မဟုတ်) လက်ဝဲလက်မပုံစံ။

အလုပ်ရှင်၏ ထောက်ခံချက်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည် နှင့်လိပ်စာ _____

မီးဖွားမှု/ကိုယ်ဝန်ပျက်မှု/ကလေးမွေးစားမှုကြောင့် အလုပ်ခွင့်သို့ မလာရောက်သည့်ရက် () ရက် () လ () ခုနှစ်။

အလုပ်ပျက်ကွက်သည့်ကာလအတွင်း အလုပ်ဌာနမှ ခွင့်ပြုသည့် လုပ်ခ /လစာ _____

အခြားမှတ်ချက်များ _____

အထက်ဖော်ပြပါ တောင်းခံသူသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမားမှန်ကန်ပါသည်။

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

- (က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()
- (ခ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()
- ၂။ အဘအမည် -
- ၃။ နေရပ်လိပ်စာ -

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်