



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

"မကျန်းမာမှု အကျိုးခံစားခွင့်" တောင်းခံလွှာ

- ၁။ အာမခံထားသူ၏အမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ အဘအမည် _____
- ၄။ နေရပ်လိပ်စာ _____
- ၅။ မကျန်းမာမှု ဖြစ်၍ စတင်အလုပ်မလုပ်နိုင်သည့်နေ့ရက် _____
- ၆။ ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်ထုတ်ပေးသော ဆေးခန်း/ဆေးရုံ _____
- ၇။ မှတ်ချက် _____

ရက်စွဲ _____ ။

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူလက်မှတ် (သို့မဟုတ်) လက်ဝဲလက်မပုံစံ

အလုပ်ရှင်၏ ထောက်ခံချက်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

မကျန်းမာမှုကြောင့် အလုပ်ခွင့်သို့ မလာရောက်သည့်ရက် _____

အလုပ်ပျက်ကွက်သည့်ကာလအတွင်း အလုပ်ဌာနမှ ခွင့်ပြုသည့် လုပ်ခ/လစာ _____

အခြားမှတ်ချက်များ _____

အထက်ဖော်ပြပါ တောင်းခံသူသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမားမှန်ကန်ပါသည်။

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

- ၁။ (က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()
- (ခ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()
- ၂။ နေရပ်လိပ်စာ _____

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်