

ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများ လိုင်စင်သက်တမ်းတိုးမြှင့်ပေးရန်လျှောက်လွှာ

သို့

မြို့နယ် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းဆိုင်ရာကြီးကြပ်ရေးကော်မတီ

-----မြို့နယ်

-----ခရိုင်

၁။ ကျွန်တော်/ကျွန်မ အား .....ရက်နေ့တွင် စတင်လုပ်ကိုင် ခွင့်ပြုခဲ့သော ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းလိုင်စင်သည် .....ရက်နေ့တွင် လိုင်စင်သက်တမ်း ကုန်ဆုံးမည်ဖြစ်ပြီး အဆိုပါ

- (က) ပုဂ္ဂလိက အထွေထွေရောဂါကုဆေးခန်းလုပ်ငန်း ( )
- (ခ) ပုဂ္ဂလိက အထူးကုဆေးခန်းလုပ်ငန်း ( )
- (ဂ) ပုဂ္ဂလိက အထွေထွေရောဂါကုဆေးရုံလုပ်ငန်း ( )
- (ဃ) ပုဂ္ဂလိက အထူးကုဆေးရုံလုပ်ငန်း ( )
- (င) ပုဂ္ဂလိက သားဖွားခန်းလုပ်ငန်း ( )
- (စ) ပုဂ္ဂလိက ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်း ( )
- (ဆ) ပုဂ္ဂလိက သူနာပြုစုရေးဂေဟာလုပ်ငန်း ( )
- (ဇ) ပုဂ္ဂလိက နယ်လှည့်ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း ( )
- (ဈ) ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးအကျိုးဆောင်လုပ်ငန်း ( )
- (ည) ပုဂ္ဂလိက အထွေထွေကျန်းမာရေးလုပ်ငန်း ( )

{ လျှောက်ထားသည့် လုပ်ငန်းအား ( ✓ ) အမှတ်အသားဖြင့်ဖော်ပြရန် }

အား ဆက်လက်လုပ်ကိုင်လိုပါသဖြင့်လိုင်စင်သက်တမ်းတိုးမြှင့်ပေးပါရန် လုပ်ငန်းလိုင်စင်ပူးတွဲလျက် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းဆိုင်ရာ နည်းဥပဒေများ နည်းဥပဒေ ၂၉ အရလေးစားစွာလျှောက်ထား အပ်ပါသည်။

၂။ ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များမှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်ပါသည် -

- (က ) အမည် -----
- ( ခ ) အဘအမည် -----
- ( ဂ ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားအမှတ် -----
- (ဃ) ပညာအရည်အချင်း -----
- ( င ) အလုပ်အကိုင် -----
- ( စ ) နေရပ်လိပ်စာ -----

၃။ ကျွန်တော်/ကျွန်မ၏ လွန်ခဲ့သောတစ်လအတွင်း ရိုက်ကူးထားသည့် (၂ " x ၁ ၁/၂ " အရွယ်အစား) ရောင်စုံဓာတ်ပုံ ၄ ပုံကို ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ပူးတွဲပေးပို့ပါသည်။

၄။ ကျွန်တော်/ကျွန်မအား ထုတ်ပေးပြီးဖြစ်သည့် ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းလိုင်စင်အမှတ် မှာ -----ရက်နေ့စွဲပါ မှတ်ပုံတင်အမှတ်-----ဖြစ်ပါသည်။

၅။ ဤလျှောက်လွှာနှင့်အတူ ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းအလိုက် လိုင်စင် သက်တမ်းတိုးမြှင့်ကြေးငွေ/ လိုင်စင်သက်တမ်းတိုးမြှင့်ကြေးငွေများကို မြန်မာ့စီးပွားရေးဘဏ်ရှိ သက်ဆိုင်ရာမြို့နယ် ကုသရေးဦးစီးဌာန ငွေထုတ်စာရင်းသို့ "၂-ကျန်းမာရေး၊ ၃ ကုသရေးဦးစီးဌာန၊ ၁ သာမန်ရငွေ စာရင်း၊ ၁ ပစ္စည်းများရောင်းရငွေနှင့် ဆောင်ရွက်ပေးမှုအတွက်ရငွေများ၊ ၀၂ ဆောင်ရွက်ပေးမှု အတွက်ရငွေများ" ငွေစာရင်းခေါင်းစဉ်သို့ ပေးသွင်းပြီးကြောင်း အောက်ပါအချက်အလက်များပါ ချလံမူရင်း တစ်စောင်/တစ်စောင်စီကို ပူးတွဲတင်ပြအပ်ပါသည် -

စဉ်	ချလံအမှတ်	ရက်စွဲ
၁။		
၂။		
၃။		
၄။		
၅။		

၆။ လိုင်စင် သက်တမ်းတိုး ဆောင်ရွက်မည့် ပုဂ္ဂလိက ကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များမှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်ပါသည်-

- (က) လျှောက်ထားသူအမည်ပြောင်းလဲမှုရှိပါက (အမည်၊ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားအမှတ်) .....
- (ခ) လုပ်ငန်းအမည် ပြောင်းလဲပါက ဖော်ပြရန် .....
- (ဂ) လုပ်ငန်း တည်ရှိရာ လိပ်စာ.....
- (ဃ) လုပ်ငန်းတည်နေရာ ပြောင်းလဲပါက ဖော်ပြရန် .....
- (င) ဆေးရုံခုတင် - ယခင် ခုတင် ..... ၊ တိုးမြှင့်သည့် ခုတင် .....၊ စုစုပေါင်း ခုတင်.....၊
- (စ) အထူးကုဘာသာရပ် - ယခင် ဘာသာရပ်.....ခု၊ တိုးမြှင့်လိုသည့် ဘာသာရပ် ....ခု၊ လျော့လိုသည့် ဘာသာရပ် .....ခု၊ စုစုပေါင်းဘာသာရပ် .....
- (ဆ) ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်း (ဓာတ်ခွဲ) အမျိုးအစား -ယခင် ..... ယခု.....

(ခ) ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်း (ဓာတ်မှန်)အမျိုးအစား- ယခင် .....ယခု.....

(ဈ) အခြား ရောဂါရှာဖွေခြင်း (ရိုပါက) ယခင်.....ယခု.....

(ည) ဝန်ထမ်းများ

ဆရာဝန် - ယခင် .....ဦး၊ တိုး.....ဦး၊ လျော့.....ဦး၊ လက်ရှိ.....ဦး

သူနာပြု - ယခင် .....ဦး၊ တိုး.....ဦး၊ လျော့.....ဦး၊ လက်ရှိ.....ဦး

(ဋ) သက်တမ်းတိုးလိုင်စင်ကြေး / လိုင်စင်ကြေး ပေးသွင်းခြင်း

- ဆရာဝန်ဦးရေ .....အတွက်.....ကျပ်

- ဆေးရုံခုတင် .....အတွက် .....ကျပ်

- အထူးကုဘာသာရပ်.....အတွက်.....ကျပ်

- အခြေခံ/သာမန်/အထူး ဓာတ်ခွဲအတွက် .....ကျပ်

- သာမန်/အထူး ဓာတ်မှန်အတွက် .....ကျပ်

- အခြားဘာသာရပ် .....အတွက် .....ကျပ်

- အခြား ရောဂါရှာဖွေရေးလုပ်ငန်း.....အတွက်.....ကျပ်

.....အတွက်.....ကျပ်

.....အတွက်.....ကျပ်

- အခြား .....လုပ်ငန်းအတွက်.....ကျပ်

စုစုပေါင်း.....ကျပ်

၇။ ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးလုပ်ငန်းများ ဝန်ဆောင်မှုပေးခြင်းနှင့် စပ်လျဉ်း၍ လိုက်နာရမည့် စည်းမျဉ်းစည်းကမ်း၊ ညွှန်ကြားချက်များကို တိကျစွာလိုက်နာပါမည်။ စီးပွားရေးသက်သက်ကို ရှေ့ရှုသော ဆေးဝါးကုသမှု သက်ရောက်စေမည့် အပြုအမူများကို ရှောင်ရှားပါမည်ဟု ကတိပြု၍ အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

ထိုးမြဲလက်မှတ် - - - - -

အမည် - - - - -

တယ်လီဖုန်းနံပါတ် - - - - -