



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

မကျန်းမာမှုသို့မဟုတ် ယာယီမသန်စွမ်းမှုနှင့်ဆိုင်သည့်

အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်

ပုံစံအမှတ် (ဆ- ဝ)

- ပထမ

-ကြားဖြတ်

-နောက်ဆုံး

အလုပ်ရှင်အမှတ်

အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်

အမှတ်စဉ် _____

အာမခံထားသူအမည် _____ ဖခင်အမည် _____

အား ကျွန်ုပ်တို့သည် ယနေ့စစ်ဆေးပြီးဖြစ်ရာ ထိုသူသည် မကျန်းမာမှု / အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှုကြောင့် အလုပ်လုပ်နိုင်စွမ်းမရှိကြောင်းတွေ့ရှိရသဖြင့်-

(က) ထိုသူအား Disease Code Number _____ သို့မဟုတ် ရည်ညွှန်းနံပါတ် _____ ဖြင့်

_____ ရက်နေ့မှ _____ ရက်နေ့ထိ _____ ရက်/ပတ် အတွက်

မကျန်းမာမှု သို့မဟုတ် ယာယီမသန်စွမ်းမှုနှင့်ဆိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံ
လက်မှတ်ကို ထုတ်ပေးလိုက်သည်။

(ခ) ဆရာဝန်၏ အခြားမှတ်ချက် _____

ဆရာဝန်၏ ထိုးမြဲလက်မှတ် _____

ဆရာဝန်အမည် _____

ဆေးခန်းအမည် _____

ရက်စွဲ _____

- သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိသည့် အချက်များကိုပယ်ဖျက်ရန်၊
- သက်ဆိုင်ရာ ဆေးသက်သေခံလက်မှတ် နောက်ထပ်ထုတ်ပေးသည့်အခါ အဆိုပါလက်မှတ်၏ ရှေ့အကြိမ်က ထုတ်ပေးထားသည့် ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်ကို ရည်ညွှန်းရန်၊
- ဤလက်မှတ်သည် ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သည်။