



အကျိုးခံစားခွင့်အတွက် အောက်ပါစာရွက်စာတမ်းများနှင့် အတူ pmlt@ulinkmyanmar.com သို့ ပေးပို့ပါရန်	
<input type="checkbox"/> ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်း သို့မဟုတ် ဆရာဝန်၏ထောက်ခံချက် <input type="checkbox"/> ကုန်ကျစရိတ် လက်ခံဖြတ်ပိုင်း (ခွဲစိတ်မှုများအတွက်သာ) <input type="checkbox"/> သေဆုံးကြောင်းလက်မှတ် (သေဆုံးခြင်းအတွက်သာ) <input type="checkbox"/> သေဆုံးသူနှင့် ဆွေမျိုးတော်စပ်ကြောင်း ရပ်ကွက်ထောက်ခံချက်/ ပုံစံ(၁၀) (သေဆုံးခြင်းအတွက်သာ)	<input type="checkbox"/> လျှောက်ထားသူ၏ မှတ်ပုံတင် (သေဆုံးခြင်းအတွက်သာ) <input type="checkbox"/> ရဲဆေးစာ (ရဲမှုများအတွက်သာ) <input type="checkbox"/> အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ကြောင်း ထောက်ခံချက် (အကျိုးခံစားခွင့်ရှိသူသည် အသက် ၁၈ နှစ်အောက် ဖြစ်လျှင်)

အပိုင်း (က) လျှောက်ထားသူ၏ အချက်အလက်များ

ပေါ်လစီအမှတ်	
အမည်အပြည့်အစုံ	
အသက်အာမခံထားသူနှင့် ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံ	
ဆက်သွယ်ရန်ဖုန်းနံပါတ်	

အပိုင်း (ခ) မတော်တဆထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုများအတွက် ဖြစ်စဉ်အကျဉ်း

--

အပိုင်း (ဂ) ဆေးရုံတက်ခြင်း နှင့် ဆေးခန်းပြုခြင်း

ဆေးရုံတက်သည့်ရက်/ ဆေးခန်းပြသည့်ရက်		ဆေးရုံဆင်းသည့်ရက်	
---------------------------------------	--	-------------------	--

အပိုင်း (ဃ) ဘဏ်အကောင့်

ဘဏ်အမည်		ဘဏ်ခွဲအမည်	
အကောင့်ပိုင်ရှင်အမည်			
အကောင့်နံပါတ်			

အပိုင်း (င) ဖွင့်ဟကြေညာချက်

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် အထက်ပါအချက်အလက်များကို မှန်ကန်စွာဖြည့်စွက်ထားခြင်းဖြစ်၍ ပရူဒန်ရှယ်အာမခံ၊ ယူလင်ဒ် နှင့် ယင်းတို့၏ ကိုယ်စားလှယ်များမှ ကျန်းမာရေးအာမခံနှင့် ပတ်သက်ပြီး လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်တို့နှင့် တိုင်ပင်ဆွေးနွေးထားသော ဆရာဝန်များ၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်းများသို့ ဆက်သွယ်မေးမြန်းခြင်းကို သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။

လက်မှတ်	
အမည်	
ရက်စွဲ	