

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်

ပြန်တမ်း

အမှတ် ၂၄ | ရန်ကုန်မြို့ { ၁၃၇၆ ခုနှစ်၊ နယုန်လပြည့်ကျော် ၁ ရက်
(၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ ၁၃ ရက်) } သောကြာနေ့ | အတွဲ ၆၇

ဤအပိုင်းကို သီးခြားစုပေါင်း၍တွဲထားနိုင်ရန် သီးခြားစာမျက်နှာတပ်ထားပါသည်။

အပိုင်း ၁

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရ

ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာန

အမိန့်ကြော်ငြာစာအမှတ် ၁/၂၀၁၄

နေပြည်တော်၊ ၁၃၇၆ ခုနှစ်၊ တန်ခူးလပြည့်ကျော် ၁၁ ရက်

(၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဧပြီလ ၂၅ ရက်)

ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားများနှင့် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားများ၏ မိသားစုများအား ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်ရေးဥပဒေ ပုဒ်မ ၉၊ ပုဒ်မခွဲ (က) အရ အပ်နှံသော လုပ်ပိုင်ခွင့်ကို ကျင့်သုံး၍ အောက်ပါနည်းဥပဒေများကို ထုတ်ပြန် လိုက်သည်။

အခန်း (၁)

အမည်နှင့်အဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်များ

၁။ ဤနည်းဥပဒေများကို မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားများနှင့် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားများ၏ မိသားစုများအား ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်ရေးနည်းဥပဒေများဟု ခေါ်တွင် စေရမည်။

၂။ ဤနည်းဥပဒေများတွင်ပါရှိသည့် စကားရပ်များသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သား များနှင့် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားများ၏ မိသားစုများအား ထောက်ပံ့ စောင့်ရှောက်ရေးဥပဒေတွင်ပါရှိသည့် စကားရပ်များအတိုင်း အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်စေရမည်။ ထို့ပြင် အောက်ပါစကားရပ်များသည် ဖော်ပြပါအတိုင်း အဓိပ္ပာယ်သက်ရောက်စေရမည် -

(က) ဥပဒေဆိုသည်မှာ မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားများနှင့် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားများ၏ မိသားစုများအား ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်ရေးဥပဒေကို ဆိုသည်။

- (ခ) မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံဇနီး သို့မဟုတ် ခင်ပွန်း သို့မဟုတ် သားသမီးဆိုသည်မှာ တပ်ဝင်စာချုပ်၊ စာရွက်စာတမ်းများတွင် မှတ်တမ်းရေးသွင်းထားပြီး သက်ဆိုင်ရာ တိုင်းစစ်ဌာနချုပ်၊ မှတ်တမ်းဌာနခွဲမှ အပိုင်း (၂) အမိန့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် အရာရှိနှင့် အရာရှိမဟုတ်သော တပ်မတော်သားများ၏ ကိုယ်ရေးမှတ်တမ်းတွင် တရားဝင်ရေးသွင်းထားသော ဇနီး၊ ခင်ပွန်း၊ သားသမီး၊ မွေးစားသားသမီး၊ မယားပါသားသမီး သို့မဟုတ် လင်ပါသားသမီးကို ဆိုသည်။
- (ဂ) အပိုင်း (၂) အမိန့်ဆိုသည်မှာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့အသီးသီးတွင် တာဝန်ထမ်းဆောင်နေကြသော အရာရှိနှင့် အရာရှိမဟုတ်သော တပ်မတော်သားများ၏ တပ်မတော်တွင် စတင်ဝင်ရောက် အမှုထမ်းဆောင်သည့်နေ့မှ စစ်မှုထမ်းခြင်းရပ်စဲသွားသည့်နေ့အထိ ယင်းတို့နှင့်သက်ဆိုင်သော ဖြစ်စဉ်ဖြစ်ရပ်များအား အမိန့်အာဏာအဖြစ် အတည်ပြုနိုင်ရန် သက်ဆိုင်ရာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့များမှ ပေးပို့လာသော ဖြစ်စဉ်ပြန်တမ်းများအပေါ်တွင် အမှီပြု၍ ထုတ်ပြန်ပေးသော အမိန့်ဖြစ်သည်။

အခန်း (၂)

မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားများအတွက် ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု

- ၃။ (က) တပ်မတော်ဆေးရုံတပ်မှူးသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားများအား မသန်မစွမ်းမှုရာခိုင်နှုန်းသတ်မှတ်ရန် နောက်ဆက်တွဲ (က) ပါ အရာရှိများအတွက် ပုံစံ ဆေး - ၃၇ နှင့် နောက်ဆက်တွဲ (ခ) ပါ အရာရှိမဟုတ်သူများအတွက် ပုံစံ ရေး - ၆၃ (ခ) တို့ကို ဖြည့်စွက်ပြီး သက်ဆိုင်ရာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့သို့ ပေးပို့ရမည်။
- (ခ) သက်ဆိုင်ရာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့မှူးသည် နည်းဥပဒေ ၃ (က) အရ ပေးပို့သော ပုံစံတွင် လိုအပ်သော အချက်အလက်များနှင့် နောက်ဆက်တွဲ (ဂ) ပါ ပုံစံ ရေး - ၆၃ (က) တို့ကို ဖြည့်စွက်ပြီး သက်ဆိုင်ရာတပ်မတော်ဆေးရုံတပ်မှူးထံ ပြန်လည်ပေးပို့ရမည်။
- (ဂ) သက်ဆိုင်ရာ တပ်မတော်ဆေးရုံတပ်မှူးသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားအား ဆေးခုံအဖွဲ့ဖြင့် စစ်ဆေးနိုင်ရေးအတွက် ဆေးဝန်ထမ်းညွှန်ကြားရေးမှူးရုံးသို့ တင်ပြရမည်။
- ၄။ ဆေးဝန်ထမ်းညွှန်ကြားရေးမှူးသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားများအား စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ သို့မဟုတ် ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာချို့ယွင်းမှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်သော မသန်မစွမ်းမှုနှင့် စစ်မှုထမ်းဆောင်ခြင်းကြောင့် ပိုမိုဆိုးဝါးလာသည်ဟု အကြောင်းပြ၍ရသည့် မသန်မစွမ်းမှုတို့နှင့်စပ်လျဉ်း၍ ယင်းတပ်မတော်သား၏ မသန်မစွမ်းမှုရာခိုင်နှုန်းကို သတ်မှတ်ရန် ဆေးရုံတပ်မှူးနှင့် ပါရဂူနှစ်ဦးပါဝင်သော ဆေးခုံအဖွဲ့ကို ဖွဲ့စည်းဆောင်ရွက်ရမည်။
- ၅။ ဆေးခုံအဖွဲ့သည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားအား မသန်မစွမ်းမှုရာခိုင်နှုန်းသတ်မှတ်ရန် ကိစ္စနှင့်စပ်လျဉ်း၍ စစ်ဆေးပြီး ဆေးခုံအဖွဲ့၏ စစ်ဆေးတွေ့ရှိချက်၊ ပါရဂူ၏သဘောထားမှတ်ချက်နှင့် ပုံစံဆေး - ၃၇၊ ရေး - ၆၃ (ခ) နှင့် ရေး - ၆၃ (က) တို့ကို ပူးတွဲ၍ ဆေးဝန်ထမ်းညွှန်ကြားရေးမှူးထံ ဆောင်လျှင်စွာ တင်ပြရမည်။
- ၆။ ဆေးဝန်ထမ်းညွှန်ကြားရေးမှူးသည် ဆေးခုံအဖွဲ့၏ တင်ပြချက်ကိုရရှိသည့်အခါ မသန်မစွမ်းမှုရာခိုင်နှုန်းသတ်မှတ်ခြင်းနှင့် ပြင်ဆင်သတ်မှတ်ရန် လိုအပ်ပါက ပြင်ဆင်သတ်မှတ်ခြင်းတို့ကို တပ်မတော်ဆေးတပ်ဖွဲ့၊ မသန်မစွမ်းစစ်မှုထမ်းများအား ဆေးခုံအဖွဲ့ဖြင့် စစ်ဆေးခြင်းဆိုင်ရာပြဌာန်းချက်များနှင့်အညီ ဆောင်ရွက်ပြီး ဆေးခုံအမှုတွဲကို သက်ဆိုင်ရာအခွင့်ရအာဏာပိုင်ထံ ဆက်လက်တင်ပြရမည်။
- ၇။ အခွင့်ရအာဏာပိုင်သည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားနှင့်စပ်လျဉ်း၍ တပ်မတော်တွင် ကျေနပ်လောက်အောင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့ခြင်း ရှိ မရှိကို မိမိကိုယ်တိုင်သော်လည်းကောင်း၊ မိမိက အာဏာအပ်နှင်းထားသည့် အဖွဲ့ကသော်လည်းကောင်း သတ်မှတ်ပြီး ဥပဒေပါထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုကို

ရရှိစေရေးအတွက် ထောက်ခံချက်နှင့် ဆေးဝန်ထမ်းညွှန်ကြားရေးမှူးက မသန်မစွမ်းမှုရာခိုင်နှုန်း ၆၀ နှင့် အထက် သတ်မှတ်သော ထောက်ခံချက်ပူးတွဲ၍ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ တင်ပြရမည်။

အခန်း (၃)

သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသောတပ်မတော်သားများအတွက် ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု

၈။ သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားနှင့်စပ်လျဉ်း၍ သက်ဆိုင်ရာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့မှူးသည် သေဆုံးခြင်း သို့မဟုတ် ကျဆုံးခြင်းဖြစ်စဉ်နှင့် ယင်းသေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင် အမွေခံအမည်၊ လိပ်စာနှင့် ဆွေမျိုးတော်စပ်ပုံတို့ကို နောက်ဆက်တွဲ (ဃ) မှ (ဇ) အထိပါ ပုံစံများအနက် လိုအပ်သည့်ပုံစံကို အသုံးပြု၍ ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ပြီး သက်ဆိုင်ရာ တိုင်းစစ်ဌာနချုပ်မှတစ်ဆင့် အခွင့်ရအာဏာပိုင်ထံ တင်ပြရမည်။

၉။ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့တွင်မနေဘဲ အခြားဒေသတွင် နေထိုင်သည့် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံနှင့်ပတ်သက်၍ သက်ဆိုင်ရာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့မှူးသည် အောက်ပါ အတိုင်း ဆောင်ရွက်ရမည် -

- (က) မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံ နေထိုင်သည့်ဒေသရှိ နယ်မြေခံတပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့သို့ စာ သို့မဟုတ် ကြေးနန်းဖြင့် ဆက်သွယ်၍ ရှာဖွေခြင်း၊
- (ခ) မြို့နယ်စစ်မှုထမ်းဟောင်းအဖွဲ့များသို့ ဆက်သွယ်၍ ရှာဖွေခြင်း၊
- (ဂ) သက်ဆိုင်ရာ ရပ်ကွက် သို့မဟုတ် ကျေးရွာအုပ်စုအုပ်ချုပ်ရေးမှူးရုံး၊ မြို့နယ်အုပ်ချုပ်ရေးမှူးရုံးများသို့ အကြောင်းကြား၍ ရှာဖွေခြင်း၊
- (ဃ) တိုင်းစစ်ဌာနချုပ်အချင်းချင်း ညှိနှိုင်းရှာဖွေနိုင်ရေးအတွက် သက်ဆိုင်ရာ တိုင်းစစ်ဌာနချုပ်သို့ တင်ပြခြင်း၊
- (င) နီးစပ်ရာ တပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့များသို့ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံက ဆက်သွယ်သတင်းပို့နိုင်ရန် တပ်မတော် အသံလွှင့်ဌာနများ၊ သတင်းစာ၊ ဂျာနယ်များသို့ အကြောင်းကြားဆောင်ရွက်ခြင်း။

၁၀။ (က) သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံကို ခြောက်လ ပြည့်သည်အထိ နည်းဥပဒေ ၉ နှင့်အညီ ရှာဖွေသော်လည်း သက်ဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းဝင် အမွေခံကို ရှာဖွေတွေ့ရှိခြင်းမရှိပါက သက်ဆိုင်ရာတပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့မှူးသည် မှတ်တမ်းဝင် အမွေခံ ရှာဖွေဆောင်ရွက်ဆဲစာရင်းတွင် ရေသွင်းမှတ်တမ်းတင်ထားပြီး သက်ဆိုင်ရာ တိုင်းစစ်ဌာနချုပ်သို့ ဆက်လက်တင်ပြရမည်။

(ခ) သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံက လာရောက် ဆက်သွယ်လျှင် သက်ဆိုင်ရာတပ်ရင်း၊ တပ်ဖွဲ့မှူးသည် ဥပဒေနှင့်အညီ ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု ခံစားခွင့်ရရှိရေးအတွက် နည်းဥပဒေ ၈ ပါအတိုင်း ဆောင်ရွက်ပေးရမည်။

၁၁။ အခွင့်ရအာဏာပိုင်သည် နည်းဥပဒေ ၈ အရ တင်ပြချက်ကို ရရှိလျှင် ဥပဒေနှင့်အညီ ထောက်ပံ့ စောင့်ရှောက်မှုပြုနိုင်ရေးအတွက် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ သေဆုံးခြင်း သို့မဟုတ် ကျဆုံးခြင်းဖြစ်စဉ်နှင့် ယင်းသေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင် အမွေခံ မှန်ကန်မှု ရှိ မရှိတို့ကို စိစစ်ပြီး မိမိ၏ သဘောထားမှတ်ချက်ဖော်ပြ၍ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ ဆောင်လျှင်စွာတင်ပြရမည်။

၁၂။ အခွင့်ရအာဏာပိုင်သည် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားနှင့်စပ်လျဉ်း၍ တပ်မတော်တွင် ကျေနပ်လောက်အောင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့ခြင်း ရှိ မရှိကို မိမိကိုယ်တိုင်သော်လည်းကောင်း၊

မိမိက အာဏာအပ်နှင်းထားသည့်အဖွဲ့ကသော်လည်းကောင်း သတ်မှတ်ပြီး ဥပဒေပါ ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု ရရှိစေရေးအတွက် ထောက်ခံချက်နှင့် နည်းဥပဒေ ၈ ပါ လိုအပ်သည့် ပုံစံများပူးတွဲ၍ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီး ဌာနသို့ တင်ပြရမည်။

၁၃။ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသည် -

- (က) သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ ကျန်ရစ်သူ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံများ အနက် ဥပဒေပါ ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုပေးနိုင်ရေးအတွက် ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု ရခွင့် ရှိသူကို အောက်ပါအတိုင်း ဦးစားပေးရွေးချယ်သတ်မှတ်ရမည် -
 - (၁) သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံ ဇနီး သို့မဟုတ် ခင်ပွန်း၊
 - (၂) မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံ ဇနီး သို့မဟုတ် ခင်ပွန်းမရှိပါက မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံ သား သို့မဟုတ် သမီး။
- (ခ) သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သား၌ မှတ်တမ်းဝင် အမွေခံသား၊ သမီး နှစ်ဦးနှင့် အထက်ရှိပါက ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုကို ယင်းမှတ်တမ်းဝင်အမွေခံ သား၊ သမီးများအား အညီအမျှခံစားခွင့်ပြုရမည်။

၁၄။ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသည် မသန်မစွမ်းဖြစ်သွားသော တပ်မတော်သားနှင့်စပ်လျဉ်း၍ နည်းဥပဒေ ၇ အရ အခွင့်ရအာဏာပိုင်၏ တင်ပြချက်ကို လက်ခံရရှိလျှင် ပူးတွဲပါ တပ်မတော်တွင် ကျေနပ် လောက်အောင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့ကြောင်း ထောက်ခံချက်နှင့် မသန်မစွမ်းမှုရာခိုင်နှုန်း သတ်မှတ်ချက်ကို လည်းကောင်း၊ သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသော တပ်မတော်သားနှင့်စပ်လျဉ်း၍ နည်းဥပဒေ ၁၂ အရ အခွင့်ရအာဏာပိုင်၏ တင်ပြချက်ကို ရရှိလျှင် ပူးတွဲပါ တပ်မတော်တွင် ကျေနပ်လောက်အောင် တာဝန်ထမ်းဆောင်ခဲ့ကြောင်း ထောက်ခံချက်နှင့် သေဆုံးသော သို့မဟုတ် ကျဆုံးသောတပ်မတော်သား၏ မှတ်တမ်းဝင်အမွေခံမှန်ကန်ကြောင်း ထောက်ခံချက်ကိုလည်းကောင်း စိစစ်ပြီး ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု ရရှိနိုင်ရေးအတွက် ပြည်ထောင်စုအစိုးရအဖွဲ့သို့ တင်ပြရမည်။

အခန်း (၄)

ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု ခံစားခွင့်မရှိခြင်း

- ၁၅။ (က) ဥပဒေပုဒ်မ ၄ အရ ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှု ခံစားခွင့်ရှိသူတစ်ဦးသည် တည်ဆဲဥပဒေပါ ပြစ်မှုတစ်ရပ်ရပ်ကို ကျူးလွန်ကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားစီရင်ခြင်းခံရပြီး ထောင်ဒဏ်ငါးနှစ်နှင့် အထက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရပါက ယင်းခံစားလျက်ရှိသည့် ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုကို ရပ်စဲ သင့်ကြောင်း အခွင့်ရအာဏာပိုင်က သဘောထားမှတ်ချက်ဖော်ပြ၍ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီး ဌာနသို့ တင်ပြရမည်။
- (ခ) ဥပဒေပုဒ်မ ၅ အရ ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုခံစားခွင့်ရှိသူတစ်ဦးသည် တည်ဆဲဥပဒေပါ ပြစ်မှုတစ်ရပ်ရပ်ကို ကျူးလွန်ကြောင်း ပြစ်မှုထင်ရှားစီရင်ခြင်းခံရပြီး ထောင်ဒဏ်သုံးနှစ်နှင့် အထက် ပြစ်ဒဏ်ချမှတ်ခံရပါက ယင်းခံစားလျက်ရှိသည့် ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုကို ရပ်စဲ

သင့်ကြောင်း အခွင့်ရအာဏာပိုင်က သဘောထားမှတ်ချက်ဖော်ပြ၍ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီး
ဌာနသို့ တင်ပြရမည်။

(ဂ) ဥပဒေပုဒ်မ ၄ သို့မဟုတ် ၅ အရ ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုခံစားလျက်ရှိသူသည် မြန်မာနိုင်ငံသား
အဖြစ်မှ နိုင်ငံခြားသားအဖြစ်သို့ ကူးပြောင်းခဲ့လျှင် ယင်းခံစားလျက်ရှိသည့် ထောက်ပံ့
စောင့်ရှောက်မှုကို ရပ်စဲသင့်ကြောင်း အခွင့်ရအာဏာပိုင်က သဘောထားမှတ်ချက်ဖော်ပြ၍
ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသို့ တင်ပြရမည်။

၁၆။ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသည် နည်းဥပဒေ ၁၅ အရ အခွင့်ရအာဏာပိုင်၏ တင်ပြချက်ကို လက်ခံ
ရရှိလျှင် ထောက်ပံ့စောင့်ရှောက်မှုကို ရပ်စဲနိုင်ရေးအတွက် ပြည်ထောင်စုအစိုးရအဖွဲ့သို့ တင်ပြရမည်။

အခန်း (၅)

အထွေထွေ

၁၇။ ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာနသည် ဤနည်းဥပဒေများအရ တင်ပြချက်များအပေါ် ပြည်ထောင်စုအစိုးရ
အဖွဲ့၏ ဆုံးဖြတ်ချက်များနှင့်အညီ ဆောင်ရွက်ရမည်။

(ပုံ) ဝေလွင်၊

ပြည်ထောင်စုဝန်ကြီး၊

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရ၊

ကာကွယ်ရေးဝန်ကြီးဌာန။

နောက်ဆက်တွဲ (က)

CONFIDENTIAL
PROCEEDINGS OF A MEDICAL BOARD

(This form will be used for officers and nurses claiming wound injury or disability pensions of gratuities)
(Officer and Nurse)

Station _____
Date _____

1. Rank and Name _____

2. Unit _____ 3. _____

4. Age _____

5. Total Service _____

6. Service Abroad _____

7. Address (Permanent) _____

From	To	Country

STATEMENT OF CASE

NOTE; - (a) in answering the following questions the Board will carefully discriminate between the officer's statement and evidence recorded in his medical documents.
(b) Medical certificates, radiographs or photographs (especially in cases of gross facial deformity should be attached.)
(c) When there is more than one disability, they should be distinguishing by numerals.

8. Actual date of commencement of absence from duty _____

9. Disability _____

10. Date of origin of disability _____

11. Place of origin of disability _____

12. Give concisely the seen initial facts of the history of the disability:-
Note : - Board subsequent to the first should record here the progress of the case since the last medical examination.

13. Describe in detail the officer's present condition. _____

14. AMPUTATION CASES; Hsan an and artiticial limb, temporary or permanent been satisfactorily fitted? _____

CONFIDENTIAL

OPINION OF THE MEDICAL BOARD

- NOTE: -
1. The Board will on no account inform the officer of their opinion on questions 1 to 22 inclusive.
 2. Clear and decisive answers should be filled in by the Board. Expressions such as "may" "might" probably should be avoided, if possible.
 3. When there is more than one disability the replies will distinguish between them.
 4. Before answering the following questions the Board should refer to the Regulations for the Medical Service If the Army in Burma, paragraphs 368, 399, 406 and 408.

15. Was the disability Contracted before entering the service? _____

16. A. Wound of injury -

Was the disability incurred: - (1) In Action? _____

(2) Others wise than in Action? _____

B. Disease- **AGGRAVATION**

* (1) Officers of the Defence Services and members of the B.M.N.S -

(a) What exactly is the Board's opinion as to the causation of the disability?

(b) If the disability originated during military service, the Board will state whether any specific military condition of circumstances determined its origin, and, if so, describe them? _____

(c) If the disability originated other than during military service, do the Board Consider that military conditions have brought to light a latent disease or hastened the progress of the disability? _____

If so, detailed reasons for the opinion should be given and the Board should state:

(I) Whether any such effect of military conditions have passed away:

(II) By what date they expect any such effects to have disappeared, leaving the condition in that stages which would normally have been reached by the mere passage of time _____

Note : - Medical Boards are not called upon to give an opinion as to whether a disability attributable to service their function is to record all the facts as to the causation If the disability and the Ministry of Defence will decide whether a disability if or not to be regarded as attributable to military service (vide Regulation for the Medical Services of Army, paragraph 512).

- (II) Personnel of the Defence Services -
The Board will state exactly their opinion on the question of "attributability".
"aggravation" or non connection of disabilities with service showing on what
facts have based their opinion or their reasons for arriving or a conclusion (See
Regulations for the Medical Services of the Army in Burma, paragraphs 397
and 398).

AGGRAVATION

- (a) Was the desability attributable to be officer's own negligence or
misconduce?_____
- (b) If not so attributable, was it aggracated by negligence or misconduce?

If so in what way and to what percentage of the total disablement?

17. To what degree is the officer disabled at the present time?_____
- _____

(Degrees of disablement should be expressed in the following percentages
100,80,70,60,50,40,30,20 under 20 or nil. Total disablement = 100. Where more than
one disability is present, the degree of disablement due to each should be shown sepa-
rately.

18. How long will such degree persist?_____
19. What treatment is the officer receiving, and where, and from whom?_____
- _____

20. Is the officer in need of further medical of surgical treatment, and if so, of what nature, and
for how long is it likely to be required?
21. Does the officer require the constant attendance of another person?
22. (1) Is the officer fit for General duty?
(2) Is there a reasonable probability that he will ultimately be fit for General Duty?
(3) If so after what period?
23. (1) If unfit for General Duty, is he fit for service at home?
(2) If not so fit, how long is such unfitness likely to continue?

PRESIDENT _____

MEMBER (1) _____

နေရာ၊ _____

ရက်စွဲ၊ _____

State here the orders given to the

Officer By the president of the Board

MEMBER (2) _____

နောက်ဆက်တွဲ (ခ)

စစ်သည်တစ်ဦးအား စစ်မှုထမ်းခြင်းမှ မစွမ်းမသန်ခြင်းကြောင့်
ထွက်ခွင့်ပြုသည့်အခါ အသုံးပြုရမည့်ပုံစံ

(ဤပုံစံကို ရေး ၆၃ (က) နှင့် ပူးတွဲတင်ပြရမည်။)

ဆေးစစ်အဖွဲ့မှ မှတ်တမ်း

ကိုယ်ပိုင်အမှတ်၊ _____ စစ်မှုထမ်းသက်၊ _____ အဆင့်၊ _____
အသက်၊ _____ အမည်၊ _____ ဆေးရုံတက်သည့်ရက်စွဲ၊ _____
တပ်ရင်း/တပ်ဖွဲ့၊ _____ မစွမ်းမသန်မှု၊ _____

ရောဂါအခြေအနေဖော်ပြချက်

(ဤနေရာတွင် ကုသသူဆေးမှူးက အနာဒဏ်ရာ သို့မဟုတ် ရောဂါသည် မည်ကဲ့သို့ စတင်ပေါ်ပေါက်
လာသည်၊ ယခုလက်ရှိအခြေအနေအရ ဆက်လက်၍ အမှုထမ်းရန် သင့်/မသင့်နှင့် ဆေးစစ်အဖွဲ့ ပြုလုပ်
စစ်ဆေးသောအခါ လိုအပ်မည်ဟုထင်သော အချက်အလက်များကို ဖော်ပြရမည်။)

နေရာ၊ _____ အမည်၊ _____
ရက်စွဲ၊ _____ အဆင့်၊ _____

ဆေးစစ်အဖွဲ့၏ ထင်မြင်ယူဆချက်များ

မှတ်ချက်။ ရွေးယူဖြေကြားရမည့် မေးခွန်းများတွင် မဆီလျော်သည့် အပိုဒ်များကို ပယ်ဖျက်ပါ။
(ဆေးစစ်အဖွဲ့၏ မှတ်ချက်များသည် အကြောင်းရင်းနှင့် စပ်ဆိုင်သည့် စည်းမျဉ်းဥပဒေ
များနှင့် အတိအကျ ကိုက်ညီစေရမည်။)

၁။ ဆေးစစ်အဖွဲ့က လူပုံပန်းသဏ္ဌာန် အမှတ်အသားများကို စစ်ဆေးပြီး၍ တပ်မှူး၏ထောက်ခံချက်၊
ကျန်းမာရေးအခြေအနေမှတ်တမ်းနှင့် ရောဂါအခြေအနေမှတ်တမ်းများကို ဖတ်ရှုစဉ်းစားပြီးလျှင် အောက်ပါ
အတိုင်း တွေ့ရှိသည် -

_____ တပ်ရင်း/တပ်ဖွဲ့မှ ကိုယ်ပိုင်အမှတ်၊ _____ အဆင့်၊ _____
အမည်၊ _____ သည် (ရောဂါ/ဒဏ်ရာဖော်ပြပါ) _____

ခံစားနေရသည်/ရရှိသည်။

၂။ ဆေးစစ်အဖွဲ့၏ ထင်မြင်ချက်မှာ မစွမ်းမသန်ဖြစ်ခြင်းသည် -

(က) စစ်မှုထမ်းဆောင်ခြင်းနှင့် အကျိုးဝင်/မဝင်။ _____

(ခ) စစ်မှုထမ်းခြင်းကြောင့် ရောဂါပိုမိုဆိုးရွားလာခြင်း ဟုတ်/မဟုတ်။ _____

(ဂ) ဒဏ်ရာကြောင့်ဖြစ်လျှင် စစ်ဆင်ရေးတာဝန်ကြောင့် ဟုတ်/မဟုတ်။ _____

မှတ်ချက်။ အထက်အပိုဒ် (က) ပါ မေးခွန်းကို ဟုတ်မှန်သည်ဟု ဖြေဆိုလျှင် ရောဂါသည် -

(၁) စစ်မှုထမ်းမီကပင် ဖြစ်ပေါ်ခဲ့သလား။ _____

(၂) စစ်မှုထမ်းနေဆဲတွင် ဖြစ်ပေါ်ခဲ့သလား။ _____

၂

မှတ်ချက်။ အထက်အပိုဒ် (က) သို့မဟုတ် (ခ) ပါ မေးခွန်းကို ဟုတ်မှန်သည်ဟု ဖြေဆိုလျှင် ဖော်ပြပါ စစ်မှုထမ်းခြင်းသည် -

(၁) စစ်ဆင်ရေးတွင် စစ်မှုထမ်းခြင်းဖြစ်သလား။ _____

(၂) စစ်မြေပြင်ဒေသတွင် စစ်မှုထမ်းခြင်းမဟုတ်ဘူးလား။ _____

၃။ အထက်မေးခွန်း (၂) ၏ (က) သို့မဟုတ် (ခ) သို့မဟုတ် (ဂ) ပါ မေးခွန်းကို ဟုတ်မှန်ပါသည်ဟု ဖြေဆိုလျှင် မိမိတို့၏ထင်မြင်ချက်သည် မည်သည့်အကြောင်းအချက်များပေါ်တွင် မှီငြမ်းပြုသည်ကို ဖော်ပြပါ။ _____

၄။ အထက်မေးခွန်း (၂) ၏ (က) သို့မဟုတ် (ခ) ပါ မေးခွန်းများကို မဟုတ်ပါဟု ဖြေဆိုလျှင် -
(က) ရောဂါသည် စစ်တပ်ထဲဝင်ရောက်ရန် စာရင်းမသွင်းမီကပင် ရှိနေခြင်း ဟုတ်/မဟုတ်။ _____

(မည်သည့်အကြောင်းများနှင့် အထောက်အထားများပေါ်တွင် မူတည်၍ အထက်ပါအတိုင်း ထင်မြင်ယူဆခြင်းဖြစ်သည်ကို ဖော်ပြပါ။) _____

(ခ) စစ်သည်၏ ကျန်းမာမှုအခြေအနေသည် စစ်မှုထမ်းနေစဉ်အချိန်အတွင်း ဆုတ်ယုတ်လာသည်ဟု ဆေးစစ်အဖွဲ့က ထင်မြင်ပါသလား။ _____

(ထိုပုဂ္ဂိုလ်၏ ကျန်းမာရေးအခြေအနေသည် ဆုတ်ယုတ်လာခြင်းဖြစ်၍ ထိုသို့ ဆုတ်ယုတ်ခြင်းသည် စစ်မှုထမ်းခြင်းကြောင့် မဟုတ်ဟု ဆေးစစ်အဖွဲ့က ထင်မြင်ယူဆလျှင် မည်သည့် အထောက်အထားပေါ် မှီငြမ်းပြုသည်ကို ဖော်ပြပါ။) _____

(ဂ) စစ်မှုထမ်းခြင်း၏ မလွဲသာသော အကြောင်းများကြောင့် ကျေနပ်လောက်အောင် ဆေးဝါးကုသခြင်း မရှိ သို့မဟုတ် အချိန်မီဆေးဝါးကုသခြင်း မပြုနိုင်သဖြင့် ယခုကဲ့သို့ ကျန်းမာမှုအခြေအနေ ဆုတ်ယုတ်လာခြင်းမဟုတ်ဟူ၍ ဆေးစစ်အဖွဲ့က ယုံကြည်ကျေနပ်ပါသလား။ _____

၅။ မစွမ်းမသန်မှုရာခိုင်နှုန်း မည်မျှရှိသနည်း။ _____

(ရာခိုင်နှုန်းကို စာဖြင့် ရေးသားဖော်ပြပါ။)

၆။ မစွမ်းမသန်မှု ယာယီ သို့မဟုတ် အမြဲတမ်း၊ ယာယီဖြစ်ခဲ့လျှင် ထောက်ခံသည့်ကာလ၊ မစွမ်းမသန်မှု ၁၀၀ ရာခိုင်နှုန်းဖြစ်လျှင် ကူဖော်/ဘီးတပ်ကုလားထိုင် လို/မလို။ _____

၇။ မစွမ်းမသန်မှုသည် အရက်သေစာသောက်စားခြင်းကြောင့် သို့မဟုတ် အဆိပ်ပါသော ဆေး (DRUG) များ စားခြင်းကြောင့် ဟုတ်/မဟုတ်။ _____

၃

၈။ (စစ်သည်၏အမည်)_____ သည် မစွမ်းမသန်မှုပျောက်ကင်းအောင် ကုသမခံဘဲ အချိန်ဆွဲထားသည် သို့မဟုတ် မစွမ်းမသန်မှုကို ပိုမိုဆိုးရွားလာစေသည်ဟု ဆေးစစ်အဖွဲ့က လုံးဝယုံကြည်ခြင်း ရှိ/မရှိ။ _____

၉။ (စစ်သည်၏အမည်) _____ သည် အငြိမ်းစားလစာ သို့မဟုတ် ဆုကြေးရရှိရန် မစွမ်းမသန်မှုကို ကိုယ်တိုင်ဖန်တီးခြင်း ဟုတ်/မဟုတ်။ _____

၁၀။ (က) (စစ်သည်၏အမည်) _____ မစွမ်းမသန်မှုရာခိုင်နှုန်း လျော့နည်းလာ စေလိမ့်မည်ဟုထင်သော သို့မဟုတ် ဆက်လက်တာဝန်ထမ်းဆောင်နိုင်အောင် ကျန်းမာ သန်စွမ်းလာစေလိမ့်မည်ဟုထင်သော _____ ဆေးဝါးကုသခြင်း မျိုးကို ခံယူရန် လုံလောက်သော အကြောင်းပြချက်မရှိဘဲ ငြင်းဆိုခြင်း ဟုတ်/မဟုတ်။ _____

(ခ) ဤကဲ့သို့ ငြင်းဆိုခြင်းသည် လျော်ကန်သင့်မြတ်ခြင်း ရှိ/မရှိ။ _____

ဥက္ကဋ္ဌ _____

အဖွဲ့ဝင်များ _____

နေရာ၊ _____

ရက်စွဲ၊ _____

အတည်ပြုသည်။

နေရာ၊ _____

ရက်စွဲ၊ _____

ဆေးဝန်ထမ်းညွှန်ကြားရေးမှူး

ကိုယ်ပိုင်အမှတ်၊ _____ အဆင့်၊ _____ အမည်၊ _____ အား _____ ခုနှစ်၊ _____ လ၊ _____ ရက်မှစ၍ တပ်မတော်မှ ထွက်ခွင့်ပြုမည်ဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။

[ရေး ၆၃ (က) ၏ အပိုင်း (၂) အပိုဒ် (၃) တွင် ဖော်ပြသည့် ရက်စွဲကို ထည့်သွင်းရမည်။]

နေရာ၊ _____

ရက်စွဲ၊ _____

သက်ဆိုင်ရာတိုင်းစစ်ဌာနချုပ်၊ မှတ်တမ်းဌာနခွဲ

၄

မစွမ်းမသန်မှု အငြိမ်းစားလစာ အမှုအတွက်သာ လက်ငွေပုံစံများ လိုအပ်သည်ဖြစ်၍ ဆေးစစ်အဖွဲ့၏ ရှေ့မှောက်တွင် နှိပ်ယူရမည်။ သို့ရာတွင် ဆေးစစ်အဖွဲ့ဝင် တစ်ဦးတည်းသာ လက်ချောင်းနှင့် လက်ငွေပုံစံများ နှိပ်ယူခြင်းဖြစ်ကြောင်း သက်သေခံလက်မှတ်ရေးထိုးရန် လိုသည်။

ကိုယ်ပိုင်အမှတ်၊ _____ အဆင့်၊ _____ အမည်၊ _____
၏ လက်ဝဲဘက်လက်မနှင့် လက်ချောင်းများ၏ လက်ငွေပုံစံများ -
(သန်း) (ကြွယ်) (လယ်) (ညှိုး) (မ)

ကျွန်ုပ်၏ ရှေ့မှောက်တွင် လက်ငွေနှိပ်ယူသည်။

အရာရှိအမည်၊ _____

ရာထူး၊ _____

ရက်စွဲ၊ _____

အရာရှိလက်မှတ်

(ငွေစာရင်းဌာနခွဲ အငြိမ်းစားလစာဌာနစိတ်က ဖြည့်စွက်ရမည်။)

မစွမ်းမသန်မှု အငြိမ်းစားလစာငွေ/လျော်ကြေး _____ ကျပ် _____ ပြားကို အငြိမ်းစား
လစာ ထုတ်ပြန်ချက်အမှတ်၊ _____ အမှတ်စဉ်၊ _____ အရ ခွင့်ပြုသည်။

စာရင်းကိုင်

ရုံးအုပ်

ဦးစီးအရာရှိ

ရေး-၆၃ (ခ)

[ဆက်လက်ဖော်ပြပါမည်။]

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရ

**ပြန်ကြားရေးဝန်ကြီးဌာန
(ဝန်ကြီးရုံး)**၁၃၇၅ ခုနှစ်၊ တပို့တွဲလဆန်း ၇ ရက်
(၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဖေဖော်ဝါရီလ ၆ ရက်)

အမှတ် ၁၄ ။ ။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဖေဖော်ဝါရီလ ၆ ရက်နေ့တွင် ကျင်းပပြုလုပ်သော ပြန်ကြားရေး ဝန်ကြီးဌာန၊ စီမံခန့်ခွဲရေးကော်မတီ အစည်းအဝေးအမှတ်စဉ် (၅/၂၀၁၄) ၏ သဘောတူညီချက်အရ သတင်းနှင့်စာနယ်ဇင်းလုပ်ငန်း၊ ကြေးမုံသတင်းစာတိုက်မှ လက်ထောက်မန်နေဂျာ (ငွေစာရင်း) လစာနှုန်း (၁၂၀,၀၀၀-၂,၀၀၀-၁၃၀,၀၀၀) ဒေါ်ရင်သောင်းမေအား ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဧပြီလ ၁၇ ရက်မှ ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဩဂုတ်လ ၁၆ ရက်နေ့အထိ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားမယူမီ ကြိုတင်ပြင်ဆင်ခွင့် (၄) လကို ငြင်းပယ်လိုက်သည်။

အမှတ် ၁၅ ။ ။ အဆိုပါ ငြင်းပယ်ခွင့်သည့် ကြိုတင်ပြင်ဆင်ခွင့် (၄) လကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဩဂုတ်လ ၁၇ ရက်မှ ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဒီဇင်ဘာလ ၁၆ ရက်နေ့ထိ ခံစားခွင့်ပြုပြီး ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဒီဇင်ဘာလ ၁၇ ရက်နေ့ နံနက်ပိုင်းမှစ၍ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားယူခွင့်ပြုလိုက်သည်။

၁၃၇၅ ခုနှစ်၊ တပို့တွဲလဆန်း ၁၁ ရက်
(၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဖေဖော်ဝါရီလ ၁၀ ရက်)

အမှတ် ၁၆ ။ ။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီလ ၂၃ ရက်နေ့တွင် ကျင်းပသော ပြည်ထောင်စုသမ္မတ မြန်မာနိုင်ငံတော်၊ ပြည်ထောင်စုအစိုးရအဖွဲ့ အစည်းအဝေးအမှတ်စဉ် (၂/၂၀၁၄) ၏ သဘောတူညီချက် အရ ပြန်ကြားရေးဝန်ကြီးဌာန၊ ပြန်ကြားရေးနှင့်ပြည်သူ့ဆက်ဆံရေးဦးစီးဌာန၊ စစ်ကိုင်းတိုင်းဒေသကြီး၊ မုံရွာ ခရိုင်၊ ယင်းမာပင်မြို့နယ်ရုံးကို လက်ရှိအမှုထမ်းရာထူး (၈) နေရာဖြင့် ဖွဲ့စည်းထားရာမှ ခရိုင်ရုံးအဆင့်သို့ အရာထမ်း (၁) နေရာ၊ အမှုထမ်း (၆) နေရာ စုစုပေါင်းဝန်ထမ်းရာထူး (၇) နေရာ ထပ်မံတိုးချဲ့၍ အရာထမ်း ရာထူး (၁) နေရာ၊ အမှုထမ်းရာထူး (၁၄) နေရာ စုစုပေါင်းဝန်ထမ်းရာထူး (၁၅) နေရာဖြင့် ဖွဲ့စည်း၍ ပြန်ကြားရေးနှင့်ပြည်သူ့ဆက်ဆံရေးဦးစီးဌာန၏ ဖွဲ့စည်းပုံကို အရာထမ်းရာထူး (၁၇၃) နေရာ၊ အမှုထမ်း ရာထူး (၃၈၂၂) နေရာ စုစုပေါင်းဝန်ထမ်းရာထူး (၃၉၉၅) နေရာဖြင့် ဖွဲ့စည်းပုံပြင်ဆင်ဖွဲ့စည်းလိုက်သည်။

၁၃၇၅ ခုနှစ်၊ တပေါင်းလဆန်း ၁၀ ရက်
(၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ မတ်လ ၁၀ ရက်)

အမှတ် ၁၇ ။ ။ ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဖေဖော်ဝါရီလ ၂၀ ရက်နေ့တွင် ကျင်းပသော ပြည်ထောင်စု သမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်၊ ပြည်ထောင်စုအစိုးရအဖွဲ့ အစည်းအဝေးအမှတ်စဉ် (၄/၂၀၁၄) ၏ သဘော တူညီချက်အရ ပြန်ကြားရေးဝန်ကြီးဌာန၊ မြန်မာ့ရုပ်ရှင်လုပ်ငန်းကို လက်ရှိ အရာထမ်းရာထူး (၉၀) နေရာ၊ အမှုထမ်းရာထူး (၁၄၄၂) နေရာ၊ စုစုပေါင်း ဝန်ထမ်းရာထူး (၁၅၃၂) နေရာဖြင့် ဆောင်ရွက်လျက်ရှိရာမှ အရာထမ်းရာထူး (၄၃) နေရာ၊ အမှုထမ်းရာထူး (၁၁၁၁) နေရာ၊ စုစုပေါင်း ဝန်ထမ်းရာထူး (၁၁၅၄) နေရာ လျှော့ချ၍ အရာထမ်းရာထူး (၄၇) နေရာ၊ အမှုထမ်းရာထူး (၃၃၁) နေရာ၊ စုစုပေါင်း ဝန်ထမ်းရာထူး (၃၇၈) နေရာဖြင့် မြန်မာ့ရုပ်ရှင်မြှင့်တင်ရေးဦးစီးဌာနအဖြစ်သို့ ဖွဲ့စည်းပုံပြင်ဆင်ဖွဲ့စည်းလိုက်သည်။

ဦးအောင်ကြည်၊

ပြည်ထောင်စုဝန်ကြီး၊

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရ၊

ပြန်ကြားရေးဝန်ကြီးဌာန။

[ယခင်အပတ် အလုပ်သမား၊ အလုပ်အကိုင်နှင့်လူမှုဖူလုံရေးဝန်ကြီးဌာန၊ အမိန့်ကြော်ငြာစာအမှတ် (၄၁/၂၀၁၄)၊ လူမှုဖူလုံရေးနည်းဥပဒေများမှအဆက်]



အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

မကျန်းမာမှုသို့မဟုတ် ယာယီမသန်စွမ်းမှုနှင့်ဆိုင်သည့်
အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်

နည်းဥပဒေစာ

ပုံစံအမှတ် (ဆ - ၁)

- ပထမ

- ကြားဖြတ်

- နောက်ဆုံး

အလုပ်ရှင်အမှတ်

အမှတ်စဉ် _____

အာမခံထားသူအမည် _____

ဖခင်အမည် _____

အား ကျွန်ုပ်သည် ယနေ့စစ်ဆေးပြီးဖြစ်ရာ ထိုသူသည် မကျန်းမာမှု / အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှုကြောင့်
အလုပ်လုပ်နိုင်စွမ်းမရှိကြောင်းတွေ့ရှိရသဖြင့်-

(က) ထိုသူအား Disease Code Number _____ သို့မဟုတ် ရည်ညွှန်း _____ 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 ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သည်။

ပုံစံအမှတ် (ဆ - ၁ (က))



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့
မကျန်းမာမှုသို့မဟုတ် ယာယီမသန်စွမ်းမှုနှင့်ဆိုင်သည့်
ဆေးခွင့်လက်မှတ်

အမှတ်စဉ် _____

အာမခံထားသူအမည် _____ (ကျား / မ)

အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____ အလုပ်ဌာနအမည် _____

ဖခင်အမည် _____ အား ယနေ့ ကျွန်ုပ်သည် စမ်းသပ်စစ်ဆေးရာ-

- (က) ထိုသူသည် မကျန်းမာမှု/ အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှု/ ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု/ မီးဖွားမှု/ အခြားကြောင့် လုပ်ငန်း ခွင့်သို့ဝင်ရောက်နိုင်ခြင်းမရှိကြောင်း/ အလုပ်လုပ်နိုင်စွမ်းမရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိရပါသည်။
- (ခ) ကျွန်ုပ်၏ထင်မြင်ယူဆချက်အရ ထိုသူသည် _____ နေ့တွင် ထပ်မံ၍ စစ်ဆေးမှုခံယူရန် လိုအပ်ပါသည်။
- (ဂ) ကျွန်ုပ်၏ ထင်မြင်ယူဆချက်အရ ထိုသူသည် ကျန်းမာရေး ပြန်လည်ကောင်းမွန်ပြီဖြစ်သဖြင့် _____ ရက်နေ့တွင် အလုပ်ခွင့်သို့ ပြန်လည်ဝင်ရောက်နိုင်ပြီဖြစ်ပါသည်။
- (ဃ) အခြားမှတ်ချက် _____

ဆရာဝန်၏ထိုးမြဲလက်မှတ် _____

ဆရာဝန်အမည် _____

ဆေးခန်းအမည် _____

ရက်စွဲ _____

သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိသည့် အချက်များကိုပယ်ဖျက်ရန်၊

- ကိုယ်ဝန်ဆောင်မှု (မီးဖွားမီ ၆ ပတ်မှ မီးဖွားသည့်နေ့မတိုင်ခင် တစ်ရက်အထိ)
- မီးဖွားမှု (မီးဖွားသည့်နေ့မှ ၆ ပတ် အတွင်း)
- ဤလက်မှတ်သည် ဆေးခွင့်သီးသန့်အတွက်သာဖြစ်၍ ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်မှု မရှိစေရ။

နည်းဥပဒေ ၈၂
Form HSA- 5.

Confidential

SOCIAL SECURITY BOARD
MEDICAL RECORD

Social Security Clinic _____

Name of Patient _____ Insurance No. _____

Address _____

Phone No. _____ Father's Name _____

Occupation _____ Establishment _____

Establishment Address _____

Employer's Phone No. _____ Employer's Code No. _____

Hypersensitive to _____

Date	Clinical note, diagnosis and treatment	Disease Code No.	Certificate issued		Remark of M.O
			Type	Duration	



နည်းဥပဒေ ၉၆ (က)

ပုံစံအမှတ် (ဆ - ၂)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့
မီးဖွားမှုနှင့်ဆိုင်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်
(အာမခံထားသူအမျိုးသမီးမီးဖွားမှုအတွက်)

အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်

အလုပ်ရှင်အမှတ်စဉ်

အမှတ်စဉ် _____

အာမခံထားသူအမည် _____ ဖခင်အမည် _____

(က) ယနေ့ ကျွန်ုပ်၏စမ်းသပ်စစ်ဆေးချက်အရ အာမခံထားသူအမျိုးသမီးသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်လျက်ရှိပြီး
ရက်နေ့တွင် မီးဖွားလိမ့်မည် ဟု ခန့်မှန်းရသည်။

(ခ) ထိုသူအား Disease Code Number _____ ဖြင့် _____ ရက်နေ့ မှ _____
ရက်နေ့အထိ မီးမဖွားမီ ကိုယ်ဝန်စောင့်ရှောက်ခွင့် (၆) ပတ်ပေးလိုက်သည်။

(ဂ) အာမခံထားသူအမျိုးသမီးသည် _____ ရက်နေ့တွင် ကလေး _____ ဦး မီးဖွားမှု/
(ရာဇဝတ်ပြစ်ဒဏ်ထိုက်သင့်သည့် ကိုယ်ဝန်ပျက်စေခြင်း မဟုတ်သော) ကိုယ်ဝန်လျှော့မှု
ဖြစ်ပေါ်ကြောင်း စိစစ်တွေ့ရှိရသည်။

(ဃ) ထိုသူအား ရည်ညွှန်းချက် _____ ဖြင့် _____ ရက်နေ့ မှ _____ ရက်နေ့
အထိ မီးဖွားပြီးခွင့် / ကိုယ်ဝန်လျှော့မှုခွင့် _____ ပတ် ပေးလိုက်သည်။

(င) အခြားမှတ်ချက် _____

ဆရာဝန်၏ထိုးမြဲလက်မှတ် _____

ဆရာဝန်အမည် _____

ဆေးခန်းအမည် _____

ရက်စွဲ _____

- သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိသည့် အချက်များကိုပယ်ဖျက်ရန်၊
- သက်ဆိုင်ရာ ဆေးသက်သေခံလက်မှတ် နောက်ထပ်ထုတ်ပေးသည့်အခါ အဆိုပါလက်မှတ်၏ ရှေ့အကြိမ်က ထုတ်ပေးထားသည့် ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်ကို ရည်ညွှန်းရန်၊
- မီးဖွားပြီးခွင့်ခံစားနိုင်ရေးအတွက် မီးဖွားသည့် နေ့ရက်ကို ဆေးခန်းသို့ အကြောင်းကြားရန်။
- ဤလက်မှတ်သည် ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သည်။



နည်းဥပဒေ ၉၇ (ခ)(၁)
ပုံစံအမှတ် (ဆ - ၂ (က))

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့
မီးဖွားမှုနှင့်ဆိုင်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်
(မွေးစားကလေးပြုစုမှုအတွက်)

အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်

အလုပ်ရှင်အမှတ်စဉ်

အာမခံထားသူအမည်

ဖခင်အမည်

အမှတ်စဉ်

- (က) အာမခံထားသူအမျိုးသမီးသည် အသက်တစ်နှစ်အောက်ကလေးကို _____ နေ့တွင် စာချုပ်စာတမ်းဖြင့် တရားဝင်မွေးစားခဲ့သည်။
- (ခ) စစ်ဆေးချက်အရ ကလေး၏ အသက်မှာ _____ လ _____ ရက် ရှိသည်။
- (ဂ) ထိုသူအား မွေးစားကလေးပြုစုခွင့် _____ ရက်/ ပတ်ကို _____ နေ့မှ _____ နေ့ထိ ပေးလိုက်သည်။
- (ဃ) အခြားမှတ်ချက် _____

ဆရာဝန်၏ထိုးမြဲလက်မှတ်

ဆရာဝန်အမည်

ဆေးခန်းအမည်

ရက်စွဲ

- သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိသည့် အချက်များကိုပယ်ဖျက်ရန်၊
- ဤလက်မှတ်သည် ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သည်။



အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

မီးဖွားမှုနှင့်ဆိုင်သည့်အကျိုးခံစားခွင့်ဆေးသက်သေခံလက်မှတ်
(အာမခံထားသူ၏ဇနီးမွေးဖွားမှုအတွက်)

အလုပ်ရှင်အမှတ်စဉ်

အာမခံထားသူအမည် _____ ဖခင်အမည် _____ အမှတ်စဉ် _____

(က) အာမခံထားသူအမျိုးသား၏ ဇနီးမီးဖွားမှုသည် _____ နေ့တွင် ဖြစ်ပေါ်သည်။

(ခ) အာမခံထားသူအမျိုးသားအား ဖခင်ဘဝဖြစ်မှုခွင့် (၁၅) ရက်ကို _____ နေ့မှ _____ နေ့ထိ ပေးလိုက်သည်။

(ဂ) အခြားမှတ်ချက် _____

ဆရာဝန်၏ထိုးမြဲလက်မှတ် _____

ဆရာဝန်အမည် _____

ဆေးခန်းအမည် _____

ရက်စွဲ _____

- သက်ဆိုင်ခြင်းမရှိသည့် အချက်များကိုပယ်ဖျက်ရန်၊
- ဤလက်မှတ်သည် ငွေကြေးအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းခံခြင်းနှင့် သက်ဆိုင်သည်။



SOCIAL SECURITY BOARD
DEATH CERTIFICATE

နည်းဥပဒေ ၁၀၀
Form HAS - 4

Serial No.

This is to certify that the undermentioned insured person :

Social Security No.

Name Age..... Sex
Date of Death Time of Deatha.m/p.m.....
Cause of Death
Next of Kin Relationship
Address
Observations

Medical Officer

Date

Signature
Name
Clinic

နည်းဥပဒေ ၁၀၂

ပုံစံ (၁၄)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့
အငြိမ်းစားစိစစ်ရေးသက်သေခံလက်မှတ်



အမည် - _____
ဖခင်အမည် - _____
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် - _____
နေရပ်လိပ်စာ - _____
လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် - _____
နောက်ဆုံးလုပ်ကိုင်ခဲ့သောအလုပ်ဌာနအမည် - _____
အလုပ်ဌာနအမှတ် - _____

ထည့်ဝင်ကြေးကာလ - _____

လက်ဗွေပုံစံ	လက်မှတ်
-------------	---------

အငြိမ်းစားယူသည့်နေ့ - _____

အငြိမ်းစားယူသည့်အကြောင်းရင်း - _____

တာဝန်ခံအရာရှိ
မြို့နယ်လူမှုဖူလုံရေးရုံး
မြို့

နည်းဥပဒေ ၁၁၃ (က)

ပုံစံ (၁၅/၁၆)



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

အလုပ်ရွာနမူနာပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ရွာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

မကျန်းမာမှုကြောင့် အလုပ်ခွင့်သို့ မလာရောက်သည့်ရက် _____

အလုပ်ပျက်ကွက်သည့်ကာလအတွင်း အလုပ်ရွာနမှ ခွင့်ပြုသည့် လုပ်ခ/လစာ _____

အခြားမှတ်ချက်များ _____

အထက်ဖော်ပြပါ တောင်းခံသူသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမားမှန်ကန်ပါသည်။

အလုပ်ရွာနကံဆိပ်

အလုပ်ရွာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

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

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်

နည်းဥပဒေ ၁၂၂ (က)

ပုံစံ (၁၇/၁၈)



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

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

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်

နည်းဥပဒေ ၁၂၂ (ခ)

ပုံစံ (၁၉/၂၀)



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

"ဖခင်ဘဝဖြစ်မှု အကျိုးခံစားခွင့်" တောင်းဆိုလွှာနှင့် အလုပ်ရှင်ထံမှအကြောင်းကြားစာ

- ၁။ တောင်းဆိုသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ဖခင်ဘဝဖြစ်မှု ဆေးသက်သေခံလက်မှတ် ထုတ်ပေးသည့်ဆေးခန်း/ ဌာနကြီးဆေးခန်း _____
- ၄။ မီးဖွားသူဇနီးနှင့် ပတ်သက်သည့်အကြောင်းအရာ -
- (က) အမည် _____
- (ခ) လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- (ဂ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- (ဃ) အလုပ်အကိုင်/ရာထူး _____
- (င) လုပ်ကိုင်သည့်အလုပ်ဌာနအမည်နှင့် လိပ်စာ _____
- (စ) မီးဖွားကြောင်းသက်သေခံလက်မှတ်ထုတ်ပေးသည့်ဆေးရုံ/ဆေးခန်း _____
- (ဆ) တစ်ဦးတည်း/အမြွှာ/သုံးမြွှာနှင့်အထက် မီးဖွားသည့်နေ့ () ရက် () လ () ခုနှစ်
(မှတ်ချက်။ မီးဖွားကြောင်းသက်သေခံလက်မှတ်/မွေးစာရင်းထောက်ခံစာမူရင်း ပူးတွဲတင်ပြရန်။)

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ်။

အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းခံသူလက်မှတ်

အလုပ်ရှင်မှ ဖြည့်စွက်ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာနအမည် နှင့် လိပ်စာ _____

ဖခင်ဘဝဖြစ်မှုခွင့်ခံစားနေစဉ်အတွင်း အလုပ်ဌာနမှ ခွင့်ပြုသည့် လုပ်ခ/လစာ _____

မှတ်ချက်။ _____

ဖခင်ဘဝဖြစ်မှု အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမား ဖြစ်ပါသည်။

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ပျမ်းမျှတစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၂၈

ပုံစံ (၂၁/၂၂)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

နာရေးစရိတ်တောင်းဆိုလွှာ

- ၁။ ကွယ်လွန်သူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ကွယ်လွန်သည့်နေ့ _____
- ၄။ လျှောက်ထားသူအမည် _____ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၅။ တော်စပ်ပုံ _____
- ၆။ လျှောက်ထားသူ၏ဖခင်အမည် _____
- ၇။ လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____
- ၈။ မှတ်ချက် _____

ထိုးမြိုက်မှတ် (သို့မဟုတ်) လက်မပုံစံ

မှတ်ချက်။ လျှောက်ထားသူသည် သေဆုံးမှုလက်မှတ်နှင့် အလုပ်ရှင် သို့မဟုတ် ရပ်ကွက်၊ ကျေးရွာ၊ မြို့နယ် အုပ်ချုပ်ရေးအဖွဲ့၏ ထောက်ခံချက် ပူးတွဲတင်ပြရမည်။

နာရေးစရိတ်ထုတ်ပေးခြင်းနှင့် ပတ်သက်၍ အလုပ်ရှင်၏ ထောက်ခံချက်

- ၁။ ကွယ်လွန်သူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ဌာနအမည် _____ အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____
- ၄။ ကွယ်လွန်သည့်နေ့ _____

မှတ်ချက်။ (က) ဆေးခွင့်ခံစားနေပါက ဆေးစာများကို ပူးတွဲတင်ပြရန်။

(ခ) အလုပ်ရပ်စဲခြင်းခံရပါက ရပ်စဲသည့်နေ့ကိုဖော်ပြရန်။

ကွယ်လွန်သူသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမား ဖြစ်ပါသည်။

အလုပ်ရှင် (သို့) မန်နေဂျာလက်မှတ် _____

အမည် _____

ရာထူး _____

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၃၂ (ခ)

ပုံစံ (၂၃/၂၄)

လူ မူ ဖူ လုံ ရေး အ ဖွဲ့

" ဝင်ငွေနည်းသည့် အာမခံထားသူ၏ သားသမီးများအတွက် ပညာသင်စရိတ်ထောက်ပံ့ကြေး " တောင်းခံလွှာနှင့်
အလုပ်ရှင်ထံမှအကြောင်းကြားစာ

- ၁။ တောင်းခံသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ နေရပ်လိပ်စာ _____
- ၄။ ဖခင်အမည် _____
- ၅။ ဇနီး / ခင်ပွန်းအမည် _____
- ၆။ ဇနီး / ခင်ပွန်းသည် လူမှုဖူလုံရေး အာမခံထားသူ ဟုတ် / မဟုတ် _____
- ၇။ လူမှုဖူလုံရေး အာမခံထားသူဖြစ်ပါက အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၈။ ပညာသင်စရိတ်ထောက်ပံ့ကြေးတောင်းခံသည့် သားသမီးများနှင့်ပတ်သက်သည့်အကြောင်းအရာများ -

စဉ်	အမည်	မွေးသက္ကရာဇ်	အတန်း	ပညာသင်ကြားလျက် ရှိသည့်ကျောင်း	မှတ်ချက်

ရက်စွဲ။ _____။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

အ လုပ် ရှင် မှ ဖြည့် စွက် ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည် _____

ပညာသင်စရိတ်တောင်းခံသူသည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမားမှန်ကန်ပါသည်။

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၃၇

ပုံစံ (၂၅/၂၆)

လူ မူ ဖူ လုံ ရေး အ ဖွဲ့

" သဘာဝဘေးအန္တရာယ်ကြုံတွေ့ရမှု ထောက်ပံ့ငွေ " တောင်းဆိုလွှာနှင့် အလုပ်ရှင်ထံမှအကြောင်းကြားစာ

- ၁။ တောင်းဆိုသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ အလုပ်အကိုင်/ရာထူး _____
- ၄။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျုံးဝင်သည့်နေ့၊ () ရက်၊ () လ၊ () ခုနှစ်။
- ၅။ လွန်ခဲ့သောတစ်နှစ်အတွင်းတစ်လပျမ်းမျှဝင်ငွေ _____
- ၆။ သဘာဝဘေးအန္တရာယ်ကြုံတွေ့ရမှုအခြေအနေ နှင့် ဥစ္စာပစ္စည်းဆုံးရှုံးမှု _____

၇။ နေရပ်လိပ်စာ _____

ရက်စွဲ _____။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

အ လုပ် ရှင် မှ ဖြည့် စွက် ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

သဘာဝဘေးအန္တရာယ်ကြုံတွေ့ရမှု ထောက်ပံ့ငွေတောင်းဆိုသူ ဦး/ဒေါ် _____ သည် ကျွန်ုပ်၏
အလုပ်သမား မှန်ကန်ပြီး၊ လူမှုဖူလုံရေးထည့်ဝင်ကြေးပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း () ဖြစ်၍ လွန်ခဲ့သော တစ်နှစ်အတွင်း
ဦး/ဒေါ် _____ ၏ တစ်လပျမ်းမျှဝင်ငွေမှာ _____ ဖြစ်ပါသည်။

မှတ်ချက်။ _____

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးမှူးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၃၉

ပုံစံ (၂၇/၂၈)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

" အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိမှု အကျိုးခံစားခွင့် " တောင်းဆိုလွှာနှင့် အလုပ်ရှင်ထံမှအကြောင်းကြားစာ

- ၁။ တောင်းဆိုသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ဖခင်အမည် _____
- ၄။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၅။ မွေးသက္ကရာဇ် _____
- ၆။ အလုပ်အကိုင်/ရာထူး _____
- ၇။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျုံးဝင်သည့်နေ့၊ () ရက်၊ () လ၊ () ခုနှစ်။
- ၈။ အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိတော့သည့်အကြောင်းအရင်း _____
- ၉။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ်။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

အလုပ်ရှင်မှဖြည့်စွက်ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိမှု အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ ဦး/ဒေါ် _____ သည်၊ ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမား မှန်ကန်ပါသည်။

ဦး/ဒေါ် _____ အတွက် လူမှုဖူလုံရေးထည့်ဝင်ကြေးလပေါင်း () ပေးသွင်းခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဦး/ဒေါ် _____ သည် _____ ရောဂါ/အကြောင်းကြောင့် ရက်စွဲ။ () ရက် () လ () ခုနှစ်မှစ၍ လုပ်ငန်းခွင်မှ အနားယူခဲ့ရပါသည်။

မှတ်ချက်။ _____

အလုပ်ဌာနကဆိပ်

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်ငွေပေါင်း ()

(ဂ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်

နည်းဥပဒေ ၁၄၁၊ ဆ - ၁၀

**INVALIDING CERTIFICATE
(For Non-Gazetted Officer)**

Certified that we have carefully examined, named _____ NRC No. _____
 _____ Son / Daughter of _____ residing at _____
 _____ Employee of _____
 _____ His / Her age is, by His / Her own statement _____
 years, we consider _____ to be in consequence of _____

- (a) Completely and permanently incapacitated for further service of any kind;
 (b) Completely and permanently incapacitated for further service in the Department to which He / She belongs.
 (c) Incapacitated for further service in the appointment wish He / She / now holds. I am of opinion that He / She is (or may after the resting for _____ Months be) fit for further service of a less laborious character than that He / She has been doing.

*His incapacity does not appear to have caused by irregular or intemperate habits.

Place _____

President

Date _____

Name _____

Department _____

Member (1)

Member (2)

Name _____

Name _____

Department _____

Department _____

Left Thumb and finger impressions of the person examined.

--	--	--	--	--

Thumb

Index

Middle

Ring

Little

နည်းဥပဒေ ၁၄၇

ပုံစံ (၂၉/၃၀)



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

"သက်ပြည့်အငြိမ်းစားအကျိုးခံစားခွင့်" တောင်းဆိုလွှာနှင့် အလုပ်ရှင်၏ အကြောင်းကြားစာ

- ၁။ တောင်းခံသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ဖခင်အမည် _____
- ၄။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၅။ မွေးသက္ကရာဇ် _____
- ၆။ အလုပ်အကိုင်/ရာထူး _____
- ၇။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျုံးဝင်သည့်နေ့၊ _____
- ၈။ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားယူရမည့်နေ့ရက် _____
- ၉။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ်။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

အလုပ်ရှင် မှ ဖြည့်စွက်ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

သက်ပြည့်အငြိမ်းစားအကျိုးခံစားခွင့် တောင်းဆိုသူ ဦး/ဒေါ် _____ သည် ကျွန်ုပ်၏ အလုပ်သမား မှန်ကန်ပါသည်။

ဦး/ဒေါ် _____ အတွက် လူမှုဖူလုံရေးထည့်ဝင်ကြေးကို _____ လမှ _____ လအထိ၊ လပေါင်း () လ ပေးသွင်းထားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဦး/ဒေါ် _____ သည် _____ ရက်နေ့မှစ၍ သက်ပြည့်အငြိမ်းစား ယူပါမည်။

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်ငွေပေါင်း ()

(ဂ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၅၁

ပုံစံ (၃၁/၃၂)

လူ မူ ဖူ လုံ ရေး အ ဖွဲ့

" အာမခံထားသူ သေဆုံးမှုအတွက် ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့် " တောင်းဆိုလွှာ

- ၁။ သေဆုံးသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ဖခင်အမည် _____
- ၄။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၅။ အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူအမည် _____ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၆။ တောင်းဆိုသူ၏ ဖခင်အမည် _____
- ၇။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျုံးဝင်သည့်နေ့၊ _____
- ၈။ သေဆုံးသည့်နေ့ရက် _____
- ၉။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

() ရက် () လ () ခုနှစ် ရက်စွဲ ။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

အ လုပ် ရှင် မှ ဖြည့် စွက် ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ ဦး/ဒေါ် _____ သည်ကွယ်လွန်သွားသူ
၏ _____ ဖြစ်ပါသည်။

ကွယ်လွန်သူ ဦး/ဒေါ် _____ အတွက် လူမှုဖူလုံရေးထည့်ဝင်ကြေးကို _____ လမှ
_____ လအထိ၊ လပေါင်း () လ ပေးသွင်းထားပြီး ဖြစ်ပါသည်။

ဦး/ဒေါ် _____ () ရက် () လ () ခုနှစ် နေ့တွင် ကွယ်လွန်ခဲ့ပါသည်။

မှတ်ချက်။ _____

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်ငွေပေါင်း ()

(ဂ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၅၅(ဃ)

ပုံစံ (၃၃)

လူ မူ ဖူ လုံ ရေး အ ဖွဲ့

အာမခံထားသူ (သို့မဟုတ်) ခံစားခွင့်ရှိသူက အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမူ၊ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားနှင့်
ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့် ရန်ပုံငွေမှ ပြန်လည်ထုတ်ယူခွင့် တောင်းခံလွှာ

- ၁။ အာမခံထားသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ လျှောက်ထားသူအမည် _____ တော်စပ်ပုံ _____
- ၄။ လျှောက်ထားသူ၏ ဖခင်အမည် _____
- ၅။ လျှောက်ထားသူ၏ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၆။ အာမခံထားသူ၏ အလုပ်အကိုင်/ရာထူး _____
- ၇။ အလုပ်ဌာနအမည်နှင့် လိပ်စာ _____
- ၈။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျိုးဝင်သည့်နေ့၊ _____
- ၉။ တောင်းခံသည့်အကြောင်း (အထောက်အထားမိတ္တူပူးတွဲတင်ပြရန်) _____
- ၁၀။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

လူ မူ ဖူ လုံ ရေး ရုံး မှ ပြည့်စွက် ရန်

စတင်အကျိုးဝင်သည့်နေ့ _____

ထည့်ဝင်ကြေးပေးသွင်းပြီး လပေါင်း _____

အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိမှု၊ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားနှင့် ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့် အာမခံစနစ်သို့ပေးသွင်းငွေပေါင်း

ပြန်လည်ထုတ်ယူခွင့်ရရှိမည့်ငွေ(အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိမှု၊ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားနှင့် ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့် အာမခံစနစ်)

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၅၅(င)

ပုံစံ (၃၃-က)

လူမှု ဖူလုံရေး အဖွဲ့

အလုပ်ရှင်က အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမူ၊ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားနှင့် ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့် ရန်ပုံငွေမှ
ပြန်လည်ထုတ်ယူခွင့် တောင်းခံလွှာ

- ၁။ အာမခံထားသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ အာမခံထားသူ၏ အလုပ်အကိုင်/ရာထူး _____
- ၄။ အလုပ်ဌာနအမည်နှင့် လိပ်စာ _____
- ၅။ လျှောက်ထားသူ (အလုပ်ရှင်)အမည် _____
- ၆။ အာမခံထားသူက မိမိလုပ်ငန်းဌာနတွင် စတင်လုပ်ကိုင်သည့်နေ့၊ _____
- ၇။ လျှောက်ထားသူ၏ ဖခင်အမည် _____
- ၈။ လျှောက်ထားသူ၏ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၉။ တောင်းခံသည့်အကြောင်း (အထောက်အထားမိတ္တူပူးတွဲတင်ပြရန်) _____
- ၁၀။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

ရက်စွဲ() ရက် () လ() ခုနှစ် ။

တောင်းခံသူအလုပ်ရှင်လက်မှတ်

လူမှု ဖူလုံရေး ရုံးမှ ဖြည့်စွက်ရန်

အာမခံထားသူကလျှောက်ထားသည့် လုပ်ငန်းဌာနတွင် စတင်လုပ်ကိုင်သည့်နေ့၊ _____

အဆိုပါ လုပ်ငန်းဌာနတွင် ထည့်ဝင်ကြေးပေးသွင်းပြီး လပေါင်း _____

အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိမှု၊ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားနှင့် ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့် အာမခံစနစ်သို့ အလုပ်ရှင်က ပေးသွင်းငွေပေါင်း _____

ပြန်လည်ထုတ်ယူခွင့်ရရှိမည့်ငွေ(အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်းမရှိမှု၊ သက်ပြည့်အငြိမ်းစားနှင့် ကျန်ရစ်သူအကျိုးခံစားခွင့် အာမခံစနစ်) _____

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၆၁

ပုံစံ (၃၄/၃၅)

လူမှုဖူလုံရေး အဖွဲ့

" အလုပ်လက်မဲ့ အကျိုးခံစားခွင့် " တောင်းဆိုလွှာ

- ၁။ အမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ ဖခင်အမည် _____
- ၄။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၅။ တောင်းဆိုသူ၏ ဖခင်အမည် _____
- ၆။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျုံးဝင်သည့်နေ့ _____
- ၇။ အလုပ်ခွင်မှအလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်သည့်နေ့ရက် _____
- ၈။ အလုပ်ခွင်မှအလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်သည့်အကြောင်းရင်း _____
- ၉။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ်။

တောင်းခံသူလက်မှတ်

အ လုပ် ရှင် မှ ဖြည့် စွက် ရန်

အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အလုပ်ဌာန အမည်နှင့် လိပ်စာ _____

အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ ဦး/ဒေါ် _____ သည် _____
ဌာနမှ _____ ဖြစ်ပါသည်။

အလုပ်လက်မဲ့အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုသူ ဦး/ဒေါ် _____ အတွက် လူမှုဖူလုံရေးထည့်ဝင်ကြေးကို
_____ လမှ _____ လအထိ၊ လပေါင်း () လ ပေးသွင်းထားပြီး
ဖြစ်ပါသည်။

ဦး/ဒေါ် _____ () ရက် () လ () ခုနှစ် မှစ၍ _____

_____ အကြောင်းကြောင့်အလုပ်ခွင်မှ အလုပ်လက်မဲ့ဖြစ်ခဲ့ပါသည်။

- မှတ်ချက်။ (၁) ၎င်းသည် မိမိသဘောအလျောက် အလုပ်မှနှုတ်ထွက်ခြင်းမဟုတ်ပါ။
- (၂) ပြစ်ဒဏ်ထိုက်သင့်ခြင်း၊ လုပ်ခွင်စည်းကမ်းဖောက်ဖျက်ခြင်းတို့ကြောင့်အလုပ်ထုတ်ခံရသူမဟုတ်ပါ။
- (၃) _____

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

အလုပ်ရှင်(သို့မဟုတ်)အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

(က) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်လပေါင်း ()

(ခ) ထည့်ဝင်ကြေး ပေးသွင်းပြီးသည့်ငွေပေါင်း ()

(ဂ) ပျမ်းမျှ တစ်လလုပ်ခဝင်ငွေ ()

တာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်

ပုံစံ (၃၆)

အလုပ်တွင် ထိခိုက်မှု မှတ်တမ်းစာအုပ်

အလုပ်ဌာနအမည်

- ၁။ အာမခံထားသူအမည်
- ၂။ လိပ်စာအပြည့်အစုံ
- ၃။ ကျား / မ၊ မွေးသက္ကရာဇ်
- ၄။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်
- ၅။ အလုပ်ခွင်ကိုယ်ပိုင်အမှတ်
- ၆။ ဌာန အလုပ်အကိုင်/ရာထူး
- ၇။ မတော်တဆ ထိခိုက်မှုဖြစ်သည့် နေ့ရက်နှင့် အချိန်
- ၈။ ရရှိသည့်ဒဏ်ရာအမျိုးအစားနှင့် အနည်းအများ (ဥပမာ ၊ ဆုံးရှုံးသည့် အင်္ဂါ အစိတ်အပိုင်း ကျိုးပဲ့ ၊ အက်ကွဲခြင်း)
 - (က) အလုပ် မလုပ်နိုင်သည့်အခြေအနေဖြစ်ပေါ်ခြင်း ရှိ / မရှိ
 - (ခ) အလုပ်မလုပ်နိုင်သည့်ရက်ပေါင်း
 - (ဂ) သေဆုံးမှုဖြစ်ပေါ်ခြင်း ရှိ / မရှိ ၊ သေဆုံးသည့်နေ့ရက်
- ၉။ အလုပ်နှင့်ဆိုင်သည့်ရောဂါများ (ဥပမာ ၊ ခဲဆိပ်တက်ခြင်း ၊ ပြဒါးဆိပ်တက်ခြင်း ၊ ယမ်းစိမ်းအဆိပ်တက်ခြင်း ၊ စိန်အဆိပ်တက်ခြင်း စသည်)
- ၁၀။ ဒဏ်ရာရမှုဖြစ်ပေါ်ရသည့်အကြောင်း(မတော်တဆထိခိုက်မှုကို အကျဉ်းအားဖြင့် ဖော်ပြပါ)
- ၁၁။ ဒဏ်ရာရရှိသူအား တစ်နည်းနည်းဖြင့် ရှေးဦးသူနာပြုစုထားရှိခြင်း ရှိ / မရှိ
- ၁၂။ အသိသက်သေများ အမည်(၁) (၂).....
- ၁၃။ အလုပ်ရှင်ထံမှ မတော်တဆထိခိုက်မှု အစီရင်ခံစာကို အဖွဲ့သို့တင်သွင်းပြီး ရှိ / မရှိ
 - (က) တင်သွင်းပြီးလျှင် နေ့စွဲဖော်ပြပါ
 - (ခ) မတင်သွင်းရသေးလျှင် မည်သည့်အကြောင်းကြောင့် ဖြစ်သနည်း
- ၁၄။ မှတ်ချက်

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ရှာနတာဝန်ခံလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၁၇၅ (က)
ပုံစံ (၃၇)

လူမှု ဖူ လုံ ရေးအဖွဲ့

အလုပ်တွင် မတော်တဆ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုနှင့်ဆိုင်သည့် အလုပ်ရှင်များ၏ အစီရင်ခံစာ

(အလုပ်တွင်မတော်တဆဖြစ်ထန်သော ထိခိုက်မှုဖြစ်ပေါ်ပြီး ၂၄ နာရီအတွင်း လူမှုဖူလုံရေးရုံးသို့ မိတ္တူ ၃ စောင် ပေးပို့ရပါမည်။)

အလုပ်ဌာနအမည်အလုပ်ဌာနအမှတ်

လိပ်စာအပြည့်အစုံ

စကားပြောကြေးနန်း

အာမခံထားသူအမည်လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစစ်စစ်ရေးအမှတ်

ဒဏ်ရာအမျိုးအစား

ဒဏ်ရာရပုံမှာ(အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ).....

.....

ဒဏ်ရာရသည့် ကိုယ်အင်္ဂါအစိတ်အပိုင်း

ဒဏ်ရာရသည့် နေ့ရက်နှင့်အချိန်.....

၎င်းအားအောက်ပါအတိုင်းပြုစုထားပါသည်။.....

.....

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့သို့ လစဉ်ထည့်ဝင်ကြေးစာရင်း မတင်သွင်းရသေးသည့် လွန်ခဲ့သည့်လအတွင်း ၎င်းအားထုတ်ပေးသည့်

လုပ်ခကြေးငွေမှာ အောက်ပါအတိုင်းဖြစ်ပါသည်-

.....

အလုပ်ရှင်၏မှတ်ချက်(ဥပမာ-တာဝန်အရဆောင်ရွက်ခြင်းဟုတ်မဟုတ်နှင့်မတော်တဆထိခိုက်မှုဖြစ်ရသည့် အကြောင်းကို

အကျဉ်းအားဖြင့်ဖော်ပြရပါမည်။).....

.....

(ဥပမာ- မည်သည့် စက်ခုတ်မောင်းရာမှ မတော်တဆ ထိခိုက်မှုဖြစ်ရခြင်း)

အသိသက်သေများ၏ အမည်နှင့် နေရပ်

၁။.....၂။.....

အထက်ဖော်ပြပါ အကြောင်းအရာတို့သည် မှန်ကန်ကြောင်း လုံးဝ တာဝန်ယူပါသည်။

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

ထိုးမြဲလက်မှတ်

ရာထူးအဆင့်အတန်း.....

လူမှုဖူလုံရေးရုံးသို့ မတော်တဆ ထိခိုက်မှုအစီရင်ခံစာပေးပို့ရန် တာဝန်ရှိသည့် အလျောက် လိုက်နာရန် ပျက်ကွက်လျှင်ဖြစ်စေ သိလျက် တမင်သက်သက် မဟုတ်မှန် ထွက်ဆိုလျှင်ဖြစ်စေ၊ တရားစွဲဆိုခြင်း ခံရမည် ဖြစ်ပါသည်။



နည်းဥပဒေ ၁၇၅ (ခ)

ပုံစံ (၃၈)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

အလုပ်တွင် ထိခိုက်မှုနှင့် စပ်လျဉ်း၍ စစ်ဆေးအတည်ပြုချက်

- ၁။ အလုပ်ဌာနအမည်
၂။ အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ်.....
၃။ အာမခံထားသူအမည်
၄။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစစ်ရေးအမှတ်
၅။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်
၆။ ဖခင်အမည်
၇။ အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှုဖြစ်သည့်နေ့
၈။ အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှုဖြစ်သည့်အချိန်
၉။ ခန္ဓာကိုယ်တွင်ထိခိုက်မှုဖြစ်သည့်နေရာ
၁၀။ ထိခိုက်မှုဖြစ်ပွားပုံအကျဉ်း.....
.....
၁၁။ အလုပ်လုပ်ကိုင်နိုင်စွမ်း ရှိ / မရှိ
၁၂။ ကိုယ်အင်္ဂါဆုံးရှုံးမှု ရှိ / မရှိ
၁၃။ အသက်ဆုံးရှုံးမှု ရှိ / မရှိ
၁၄။ ထိခိုက်မှုမှတ်တမ်းစာအုပ်တွင်ရေးသွင်းခြင်း ရှိ / မရှိ
၁၅။ အသိသက်သေများ (၁)
(၂)

(ကာယကံရှင်နှင့် သက်သေထွက်ဆိုချက်များပူးတွဲတင်ပြရန်၊ မှုခင်းနှင့်ဆိုင်သောကိစ္စဖြစ်ပါက ရဲမှတ်တမ်းမိတ္တူ ပူးတွဲတင်ပြရန်)

- ၁၆။ ပြုစုထားရှိပုံ
၁၇။ ဆေးရုံတက်ရောက်ကုသရခြင်း ရှိ / မရှိ
၁၈။ စစ်ဆေးရေးအရာရှိ၏သဘောထားမှတ်ချက်
.....

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ်။ (စစ်ဆေးရေးအရာရှိလက်မှတ်)

၁၉။ ရုံးခွဲတာဝန်ခံအရာရှိ၏သဘောထားမှတ်ချက်
.....

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ်။ (ရုံးခွဲတာဝန်ခံအရာရှိလက်မှတ်)



နည်းဥပဒေ ၁၈၅ (ခ)

ပုံစံ (၃၉)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့
ယာယီမသန်စွမ်းမှု အကျိုးခံစားခွင့်တောင်းဆိုလွှာ

- ၁။ အာမခံထားသူအမည်
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်
- ၃။ ဖခင်အမည်
- ၄။ မွေးသက္ကရာဇ်
- ၅။ အလုပ်အကိုင်
- ၆။ ဒဏ်ရာရသည့်ရက်
- ၇။ အလုပ်ခွင်သို့ စတင်မတက်ရောက်သည့်ရက်
- ၈။ အလုပ်ဌာနအမည် အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ်
- ၉။ လိပ်စာအပြည့်အစုံ

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

.....
ထိုးမြဲလက်မှတ်(သို့)လက်မပုံစံ

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်သွင်းရန်

- ၁။ အကျိုးခံစားခွင့်ဌာနစိတ် (အလုပ်တွင် မတော်တဆ ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှု)။
မှတ်ချက်။ ။.....
- ၂။ ထည့်ဝင်ကြေးဌာနစိတ်မှ ဖြည့်သွင်းရန် -
(က) တစ်လပျမ်းမျှလုပ်ခဝင်ငွေ
- (ခ) ထည့်ဝင်ကြေးကာလ.....မှထိ () လ

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

တာဝန်ခံလက်မှတ်

နည်းဥပဒေ ၁၉၀ (က)

ပုံစံ (၄၀)



လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

" အမြဲတမ်း မသန်စွမ်းမှု အကျိုးခံစားခွင့် " တောင်းဆိုလွှာ

ကျွန်တော်/ကျွန်မ သည် လူမှုဖူလုံရေးရုံးတွင် မှတ်ပုံတင်ထားသော အလုပ်ငှာနု၌ အလုပ်လုပ်နေစဉ်အတွင်း အလုပ်တွင် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုကြောင့် အမြဲတမ်းမသန်စွမ်းမှု ခံစားနေပါသဖြင့်အမြဲတမ်းမသန်စွမ်းမှုနှင့် ဆိုင်သည့် အကျိုးခံစားခွင့်ကို တောင်းဆိုပါသည်။

- ၁။ အမည် _____ လူမှုဖူလုံရေး အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၂။ မွေးသက္ကရာဇ် _____ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ နေရပ်လိပ်စာ _____
- ၄။ အလုပ်ငှာအမည် _____ အလုပ်ငှာမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____
- ၅။ အလုပ်ငှာအလိပ်စာ _____
- ၆။ ထိခိုက်သည့်နေ့ _____ ယာယီ မသန်စွမ်းမှု အကျိုးခံစားခွင့်ရသည့်နေ့ _____

ဆေးကုသမှုခံယူခဲ့သည့် အကြောင်းအရာ

အမှတ်စဉ်	ဆရာဝန်/ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်/လိပ်စာ	အတွင်းလူနာ/အပြင်လူနာ	ဆေးကုသခဲ့သည့်နေ့စွဲ	
			မှ	သို့

အထက်ပါထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်ခံစားရသော အမြဲတမ်းမသန်စွမ်းမှု (*) _____

(*) ဤနေရာတွင် ရရှိသော ဒဏ်ရာကိုဖော်ပြ၍ ၊ ၎င်းဒဏ်ရာကြောင့် ခံစားနေရသော မသန်စွမ်းမှုကို ဖော်ပြပါ။

၈။ (က) အထက်ပါ မသန်စွမ်းမှုကြောင့် အလုပ် လုပ်နိုင်ခြင်း ရှိ / မရှိ _____

(ခ) အလုပ် လုပ်နိုင်စွမ်းရှိပါက၊ လက်ရှိ အလုပ်လုပ်နေသော အလုပ်အကိုင် _____
အလုပ်ငှာအမည် _____

၉။ တောင်းဆိုသူ၏ အခြားမှတ်ချက် _____

ဤတောင်းဆိုလွှာပေါ်တွင် ရေးသားဖော်ပြခဲ့သော အကြောင်းအရာများသည် အလုံးစုံ မှန်ကန်ပါကြောင်း ထွက်ဆိုပါသည်။

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။ ထိုးမြဲလက်မှတ် သို့မဟုတ် ဝဲလက်မပုံစံ _____

မှတ်ချက်။ ။ မည်သူမဆို ၎င်းကိုယ်တိုင် အတွက်သော်လည်းကောင်း၊ အခြားတစ်စုံတစ်ယောက် အတွက်သော်လည်းကောင်း အကျိုးခံစားခွင့် ရရှိရန်အတွက် သိလျက်နှင့် မမှန်မကန်ထွက်ဆိုလျှင် တရားဥပဒေအရ တရားစွဲဆိုခြင်းခံရလိမ့်မည်။

Confidential

နည်းဥပဒေ ၁၉၂ (ဂ)
(Form HSA-3)

SOCIAL SECURITY BOARD

Report of Medical Board

For Disablement of Insured Person due to Employment Injury

PART I Particulars of claimant

Name _____ Insurance No. _____

Age _____ Sex (Male / Female) Establishment No. _____

Date of Accident / Occupational disease _____

PART II Claimant's Statement about Disablement

(The Statement should be nearly as possible in the claimant's own words)

The above is a correct record of my statement. Signature (or)

Date _____ Thumb impression of claimant

PART III Report by Medical Officer of Clinic

(1) Nature of the injury sustained

(1) Brief Clinical Finding of the Residual disability

Date _____

Signature
Medical Officer Name
Clinic

PART IV Findings of the Medical Board

(1) Are you satisfied that the person before you is who referred to at pay above?

(2) Identity marks

(3) Clinical findings

(4) Is the disease or disability fully / partly attributable to / or aggravated by the accident or prescribed diseases? --- Yes / No

(5) If answer to (4) is the affirmative; Yes,

(a) Give in brief, the reasons basing on such findings.

Reference: Ah 9 of _____ dated _____ is seen.

According to Schedule _____ Page _____ of _____ Portion,

Line _____, Statement as follows :

The percentage of disablement is _____ percent.

(in words _____ percent)

(b) The above disablement would be:

(i) Permanent

(ii) Temporary and would be re-assessed after _____ duration.

(6) If answer to (4) is in the negative, give in brief, the reasons for such conclusion.

(7) Any other remarks.

Place _____

Date _____

Member (1)

Name _____

Department _____

President

Name _____

Department _____

Member (2)

Name _____

Department _____



နည်းဥပဒေ ၁၉၈

ပုံစံ (၄၁/၄၂)

လူမှုဖူလုံရေး အဖွဲ့

အလုပ်တွင်ထိခိုက်မှုကြောင့်သေဆုံးမှုအတွက် ကျန်ရစ်သူ အကျိုးခံစားခွင့် " တောင်းဆိုလွှာ

- ၁။ အာမခံထားသူအမည် _____
- ၂။ လူမှုဖူလုံရေးအာမခံစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၃။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၄။ သေဆုံးသည့်နေ့ _____
- ၅။ သေဆုံးသည့်အကြောင်းရင်း _____
- ၆။ အလုပ်ဌာနအမည် _____ အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ် _____
- ၇။ တောင်းခံသူအမည် _____ တော်စပ်ပုံ _____
- ၈။ တောင်းခံသူ၏ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____
- ၉။ တောင်းခံသူ၏ ဖခင်အမည် _____
- ၁၀။ နေရပ်လိပ်စာအပြည့်အစုံ _____
- ၁၁။ အာမခံထားသူက အမည်စာရင်းတင်သွင်းခဲ့သူ ဟုတ် / မဟုတ် _____

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

လျှောက်ထားသူလက်မှတ်

အ လုပ် ရှင် မှ ဖြည့် စွက် ရန်

- ၁။ အာမခံထားသူက လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်မှတ်ပုံတင်သည့်နေ့ရက် ()
- ၂။ ထည့်ဝင်ကြေးပေးသွင်းခဲ့သည့် ကာလ _____ (လပေါင်း)
- ၃။ အာမခံထားသူသေဆုံးခြင်း အကြောင်းရင်း _____

အလုပ်ဌာနတံဆိပ်

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

အလုပ်ရှင် (သို့မဟုတ်) အလုပ်ဌာနတာဝန်ခံလက်မှတ်

လူမှုဖူလုံရေးရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

- ၁။ စတင်အကျိုးဝင်မှတ်ပုံတင်သည့်နေ့ _____
- ၂။ ထည့်ဝင်ကြေးပေးသွင်းခဲ့သည့် လပေါင်း () လ
- ၃။ တစ်လပျမ်းမျှဝင်ငွေ _____
- ၄။ အာမခံထားသူက အမည်စာရင်းတင်သွင်းခဲ့သူ အမည် _____
- ၅။ တော်စပ်ပုံ _____ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် _____

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

ရုံးခွဲတာဝန်ခံလက်မှတ်



နည်းဥပဒေ ၂၁၁

ပုံစံ (၄၃)

လူမှုဖူလုံရေးအဖွဲ့

အ ယူ ခံ ပုံ စံ

- ၁။ အယူခံလွှာတင်သွင်းသူအမည်
- ၂။ အယူခံလွှာတင်သွင်းသူ၏နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ်
- ၃။ အယူခံလွှာတင်သွင်းသူ၏ဖခင်အမည်
- ၄။ အာမခံထားသူအမည်
- ၅။ အာမခံစိစစ်ရေးအမှတ်
- ၆။ အလုပ်ဌာနအမည်
- ၇။ အလုပ်ဌာနမှတ်ပုံတင်အမှတ်.....
- ၈။ အယူခံတရားပြိုင်၏အမည်
- ၉။ အယူခံလွှာတင်သွင်းရသည့်အကြောင်းရင်း
-
-
- ၁၀။ အယူခံလွှာတင်သွင်းသည့်ကိစ္စကို
အကြောင်းကြားသည့်ရက်စွဲနှင့်စာအမှတ်
- ၁၁။ အကြောင်းကြားစာကိုလက်ခံရရှိသည့်နေ့

အယူခံလွှာတင်သွင်းသူလက်မှတ်

ရက်စွဲ () ရက် () လ () ခုနှစ် ။

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်

ပြန်တမ်း

ရန်ကုန်မြို့ { ၁၃၇၆ ခုနှစ်၊ နယုန်လပြည့်ကျော် ၁ ရက် (၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ ၁၃ ရက်) } သောကြာနေ့

ဤအပိုင်းကို သီးခြားစုပေါင်း၍တွဲထားနိုင်ရန် သီးခြားစာမျက်နှာတပ်ထားပါသည်။

အပိုင်း ၂

စစ်ရာထူးခန့်ချုပ်ရုံး (ကြည်းတပ်ဌာနခွဲ)

၁၃၇၅ ခုနှစ်၊ တပေါင်းလပြည့်ကျော် ၄ ရက်
(၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ မတ်လ ၁၉ ရက်)

အမှတ် ၄၆/၂၀၁၄ ။ ။ အောက်ဖော်ပြပါ ကျွမ်းကျင်သူများအား ဆေးဝန်ထမ်းတပ်ဖွဲ့တွင် ပြန်တမ်းဝင်အရာရှိ ခုတိယဗိုလ် (ကျွမ်းကျင်သူဒုတိယတန်း) အဖြစ် ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ မတ်လ ၁၉ ရက်နေ့မှ အစပြု၍ ခန့်အပ်လိုက်သည် -

တပ်မတော် (ကြည်း)

(၁) ကျော်မောင်မောင်ဆွေ	အင်န်	၁၂၃၆
(၂) စိုးဝင်း	အင်န်	၁၂၃၇
(၃) ကျော်မင်းထွန်း	အင်န်	၁၂၃၈
(၄) တင်မင်းလွင်	အင်န်	၁၂၃၉
(၅) အောင်ကျော်သူ	အင်န်	၁၂၄၀
(၆) ဝင်းကိုကို	အင်န်	၁၂၄၁
(၇) သိန်းဇော်	အင်န်	၁၂၄၂
(၈) ဟိန်းဇော်ဇော်လတ်	အင်န်	၁၂၄၃
(၉) မောင်မောင်သန်း	အင်န်	၁၂၄၄
(၁၀) မိုးကျော်သူ	အင်န်	၁၂၄၅
(၁၁) သက်ထွန်းအောင်	အင်န်	၁၂၄၆
(၁၂) လွင်ကိုကိုကျော်	အင်န်	၁၂၄၇
(၁၃) သက်ဇော်မျိုး	အင်န်	၁၂၄၈
(၁၄) နိုင်လင်းအောင်	အင်န်	၁၂၄၉
(၁၅) သန်းထိုက်	အင်န်	၁၂၅၀
(၁၆) ဘိုဘိုဝင်း	အင်န်	၁၂၅၁
(၁၇) ရဲမျိုးထွန်း	အင်န်	၁၂၅၂
(၁၈) စစ်မင်း	အင်န်	၁၂၅၃

(၁၉) သီဟတင်ဌေး	အင်န်	၁၂၆၄
(၂၀) ဇေယျာကျော်	အင်န်	၁၂၆၅
(၂၁) ကျော်သူထွန်း	အင်န်	၁၂၆၆
(၂၂) အောင်ဇေဟိန်း	အင်န်	၁၂၆၈
(၂၃) မျိုးမင်းထွေး	အင်န်	၁၂၇၀
(၂၄) နေလင်းထွန်း	အင်န်	၁၂၇၂
(၂၅) အောင်ကိုမင်း	အင်န်	၁၂၇၄
(၂၆) ဇော်မင်းထွဋ်	အင်န်	၁၂၇၉
(၂၇) ခွန်ထက်အောင်ဖြိုးရှိန်	အင်န်	၁၂၈၀
(၂၈) ဇော်မင်းစိုး	အင်န်	၁၂၈၁
(၂၉) မျိုးသန့်	အင်န်	၁၂၈၂
(၃၀) ဇော်လင်းဦး	အင်န်	၁၂၈၃
(၃၁) ဟေမာန်စိုး	အင်န်	၁၂၈၆
(၃၂) ပြည့်ဖြိုးကျော်	အင်န်	၁၂၈၈
(၃၃) ဆက်ပိုင်ထူး	အင်န်	၁၂၈၉
(၃၄) စိုးသူရ	အင်န်	၁၂၉၂
(၃၅) ဖြိုးမောင်မောင်	အင်န်	၁၂၉၃
(၃၆) လမင်းသာ	အင်န်	၁၂၉၈
(၃၇) ဇော်မင်းထွန်း	အင်န်	၁၂၉၉
(၃၈) အောင်ကိုကို	အင်န်	၁၃၀၂
(၃၉) သန်းထွန်းအောင်	အင်န်	၁၃၀၅
(၄၀) နေဝင်းကျော်	အင်န်	၁၃၀၈
(၄၁) သိန်းဇော်ထွေး	အင်န်	၁၃၁၂
(၄၂) အေးမင်းသူ	အင်န်	၁၃၁၄
(၄၃) နေလင်းအောင်	အင်န်	၁၃၁၆
(၄၄) ဇော်လင်းအောင်	အင်န်	၁၃၁၉
(၄၅) အောင်အောင်	အင်န်	၁၃၂၃
(၄၆) မင်းဇော်လင်း	အင်န်	၁၃၂၄
(၄၇) ထွန်းမင်းလတ်	အင်န်	၁၃၂၈
(၄၈) ငွေထွန်း	အင်န်	၁၃၃၂
(၄၉) ကျော်မင်းအောင်	အင်န်	၁၃၃၄
(၅၀) ဟိန်းနောင်စိုး	အင်န်	၁၃၅၀
(၅၁) ရန်လင်းအောင်	အင်န်	၁၃၅၁
(၅၂) သက်မောင်ဦး	အင်န်	၁၃၅၂
(၅၃) အောင်မင်း	အင်န်	၁၃၅၉
(၅၄) မော်မော်အောင်	အင်န်	၁၃၆၀
(၅၅) သက်နိုင်ဦး	အင်န်	၁၃၆၅
(၅၆) နေမင်းစိုး	အင်န်	၁၃၇၀
(၅၇) တင့်ဇော်	အင်န်	၁၃၇၁
(၅၈) အေးမင်းဖြိုး	အင်န်	၁၃၇၃
(၅၉) နေဇော်အောင်	အင်န်	၁၃၇၈
(၆၀) ဇော်လင်းထွေး	အင်န်	၁၃၈၃

(၆၁) မင်းနိုင်	အင်န်	၁၃၈၈
(၆၂) ပြည့်ဖြိုးလင်း	အင်န်	၁၄၀၆
(၆၃) ဖြိုးဝေထွန်း	အင်န်	၁၄၁၀
(၆၄) ရီထွေး	အင်န်	၁၄၁၁
(၆၅) ထူးနိုင်ကျော်	အင်န်	၁၄၁၅
(၆၆) ကြည်စိုးသန့်	အင်န်	၁၄၃၆
(၆၇) မြင့်ဆွေ	အင်န်	၁၄၃၉
(၆၈) တင်မျိုးသန့်	အင်န်	၁၄၄၃
(၆၉) စစ်စံထွန်း	အင်န်	၁၄၄၈
(၇၀) သန်းဇော်ထွန်း	အင်န်	၁၄၅၅
(၇၁) သိန်းထွန်း	အင်န်	၁၄၆၉
(၇၂) ချစ်စန်းမောင်	အင်န်	၁၄၇၃
(၇၃) ထက်မြက်ထွန်း	အင်န်	၁၅၀၃
(၇၄) ဇင်မင်းစိုး	အင်န်	၁၅၀၈
(၇၅) မြင့်ဇော်ဦး	အင်န်	၁၅၁၀
(၇၆) ဗိုလ်ဗိုလ်ထွန်း	အင်န်	၁၅၁၅
(၇၇) ကျော်ဇော်ဦး	အင်န်	၁၅၇၈
(၇၈) တက်နေဝင်း	အင်န်	၁၅၉၀
(၇၉) စိုးမင်းသူ	အင်န်	၁၅၉၃
(၈၀) ဇော်လင်း	အင်န်	၁၅၉၆
(၈၁) ရန်နောင်စိုး	အင်န်	၁၅၉၈
(၈၂) သိန်းဦး	အင်န်	၁၆၀၁
(၈၃) မျိုးသိန်းထွန်း	အင်န်	၁၆၀၂
(၈၄) မိုးကျော်သူ	အင်န်	၁၆၀၄
(၈၅) ထက်သူအောင်	အင်န်	၁၆၀၆
(၈၆) ဇော်ဇော်အောင်	အင်န်	၁၆၀၇
(၈၇) အေးမင်းခိုင်	အင်န်	၁၆၀၉
(၈၈) လင်းအောင်	အင်န်	၁၆၁၀
(၈၉) ဟန်မျိုးသူ	အင်န်	၁၆၁၁
(၉၀) နေလင်းအောင်	အင်န်	၁၆၁၇
(၉၁) ဇော်မျိုးအောင်	အင်န်	၁၆၁၈
(၉၂) စိုင်းမင်းအောင်	အင်န်	၁၆၂၀
(၉၃) ထွန်းအောင်ကို	အင်န်	၁၆၂၁
(၉၄) ဝင်းမင်းထွန်း	အင်န်	၁၆၂၃
(၉၅) ရာဇာမြင့်သိန်း	အင်န်	၁၆၂၈
(၉၆) ချစ်ဦး	အင်န်	၁၆၃၀
(၉၇) ရဲဇော်အောင်	အင်န်	၁၆၃၂
(၉၈) ကျော်စွာလင်း	အင်န်	၁၆၃၄
(၉၉) ရဲထွဋ်	အင်န်	၁၆၃၅
(၁၀၀) သန်းဇော်	အင်န်	၁၆၄၂
(၁၀၁) နိုင်စိုးအောင်	အင်န်	၁၆၄၆
(၁၀၂) ထွန်းထွန်းမောင်	အင်န်	၁၆၅၃

(၁၀၃)	ကျော်သူအောင်	အင်န်	၁၆၅၅
(၁၀၄)	ကျော်စွာမောင်	အင်န်	၁၆၅၆
(၁၀၅)	ဝင်းမြင့်တင်	အင်န်	၁၆၆၀
(၁၀၆)	ဝသန်ငြိမ်း	အင်န်	၁၆၆၇
(၁၀၇)	ချိုမြင့်ဌေး	အင်န်	၁၆၈၃
(၁၀၈)	ကျော်ဇေယျာမိုး	အင်န်	၁၆၈၄
(၁၀၉)	စံဝင်းအောင်	အင်န်	၁၆၈၈
(၁၁၀)	ထွန်းလင်းအောင်	အင်န်	၁၇၀၈
(၁၁၁)	အောင်မင်းထွန်း	အင်န်	၁၇၁၅
(၁၁၂)	ကျော်ကိုကို	အင်န်	၁၇၅၂
(၁၁၃)	ဇော်ဝင်းသန့်	အင်န်	၁၇၇၁
(၁၁၄)	အောင်ကိုကို	အင်န်	၁၇၇၃
(၁၁၅)	နိုင်လင်းစိုး	အင်န်	၁၇၇၄
(၁၁၆)	ချမ်းသာ	အင်န်	၁၇၇၅
(၁၁၇)	နေမျိုးထွန်း	အင်န်	၁၇၇၈
(၁၁၈)	ကောင်းမြတ်ဆွေ	အင်န်	၁၇၈၂
(၁၁၉)	သူဇော်သင်	အင်န်	၁၇၈၃
(၁၂၀)	ဇော်မင်းလှိုင်	အင်န်	၁၇၈၄
(၁၂၁)	ချမ်းငြိမ်းလူ	အင်န်	၁၇၈၅
(၁၂၂)	ဥက္ကာကျော်	အင်န်	၁၇၈၆
(၁၂၃)	အောင်ကိုဆင့်	အင်န်	၁၇၈၇
(၁၂၄)	ကျော်ဇေယျ	အင်န်	၁၇၈၈
(၁၂၅)	ရဲနိုင်ဦး	အင်န်	၁၇၈၉
(၁၂၆)	သန်းစိုး	အင်န်	၁၇၉၀
(၁၂၇)	ကျော်မိုးလွင်	အင်န်	၁၇၉၂
(၁၂၈)	နိုင်တူး	အင်န်	၁၇၉၆
(၁၂၉)	ဟေလီမြင့်နိုင်	အင်န်	၁၈၀၃
(၁၃၀)	နိုင်ဝေလွင်	အင်န်	၁၈၀၇
(၁၃၁)	ဟန်မင်းဦး	အင်န်	၁၈၀၈
(၁၃၂)	သိန်းထွန်းအောင်	အင်န်	၁၈၁၀
(၁၃၃)	ကျော်စွာဦး	အင်န်	၁၈၁၈
(၁၃၄)	အောင်မွှေး	အင်န်	၁၈၂၀
(၁၃၅)	ဉာဏ်ဝင်းနိုင်	အင်န်	၁၈၂၁
(၁၃၆)	ဖြိုးမင်းထိုက်	အင်န်	၁၈၂၅
(၁၃၇)	သူရစံ	အင်န်	၁၈၂၆
(၁၃၈)	တင်လင်းအောင်	အင်န်	၁၈၃၈
(၁၃၉)	စိုင်းအောင်အောင်	အင်န်	၁၈၃၉
(၁၄၀)	ကောင်းထက်စံ	အင်န်	၁၈၄၈
(၁၄၁)	စစ်မြတ်ထက်	အင်န်	၁၈၅၀
(၁၄၂)	နိုင်နိုင်	အင်န်	၁၈၅၂
(၁၄၃)	အောင်ဇော်ဦး	အင်န်	၁၈၅၃
(၁၄၄)	အောင်ဖြိုးဝေ	အင်န်	၁၈၅၅

(၁၄၅)	အေးမင်းဝင်း	အင်န်	၁၈၅၆
(၁၄၆)	နိုင်မိုး	အင်န်	၁၈၅၇
(၁၄၇)	အောင်ကျော်စိုး	အင်န်	၁၈၅၈
(၁၄၈)	မိုးကျော်သူ	အင်န်	၁၈၆၂
(၁၄၉)	ဝင်းဖြိုးအောင်	အင်န်	၁၈၆၃
(၁၅၀)	အောင်ဖြိုးကျော်	အင်န်	၁၈၆၄
(၁၅၁)	ဝေမင်းနိုင်	အင်န်	၁၈၆၆
(၁၅၂)	ဝေဖြိုးအောင်	အင်န်	၁၈၇၀
(၁၅၃)	အောင်ကိုလတ်	အင်န်	၁၈၇၂
(၁၅၄)	ချမ်းမြေ့အောင်	အင်န်	၁၈၇၈
(၁၅၅)	တင်မိုးလင်း	အင်န်	၁၈၇၉
(၁၅၆)	ပြည့်ဖြိုးလွင်	အင်န်	၁၈၈၂
(၁၅၇)	ဟန်ဇော်ထွန်း	အင်န်	၁၈၈၃
(၁၅၈)	ဝေဖြိုးအောင်	အင်န်	၁၈၈၇
(၁၅၉)	ကျော်ဇင်ဦး	အင်န်	၁၈၈၉
(၁၆၀)	ဝင်းလွင်ဦး	အင်န်	၁၈၉၃
(၁၆၁)	ကောင်းမြတ်ကျော်	အင်န်	၁၈၉၆
(၁၆၂)	အောင်ဇော်မင်း	အင်န်	၁၈၉၇
(၁၆၃)	မင်းမင်းသန့်	အင်န်	၁၈၉၉
(၁၆၄)	ရဲမြင့်သူ	အင်န်	၁၉၀၂
(၁၆၅)	အောင်မျိုးသန့်	အင်န်	၁၉၀၃
(၁၆၆)	ရဲစိုး	အင်န်	၁၉၀၅
(၁၆၇)	အောင်ဇင်ဦး	အင်န်	၁၉၂၄
(၁၆၈)	ဝင်းထွန်းနိုင်	အင်န်	၁၉၂၆
(၁၆၉)	စိုးရာဇာလင်း	အင်န်	၁၉၂၉
(၁၇၀)	မင်းဇော်	အင်န်	၁၉၃၁
(၁၇၁)	မင်းသစ်ထွန်း	အင်န်	၁၉၃၉
(၁၇၂)	ကျော်ဇော်လင်း	အင်န်	၁၉၄၂
(၁၇၃)	အေးစိုးမင်း	အင်န်	၁၉၄၃
(၁၇၄)	အောင်ငြိမ်းချမ်း	အင်န်	၁၉၄၄
(၁၇၅)	နေသူရ	အင်န်	၁၉၄၆
(၁၇၆)	ထက်အောင်လင်း	အင်န်	၁၉၄၇
(၁၇၇)	မြတ်စိုးလွင်	အင်န်	၁၉၅၀
(၁၇၈)	ရန်နောင်စိုး	အင်န်	၁၉၅၁
(၁၇၉)	တင်အောင်ဝင်း	အင်န်	၁၉၅၂
(၁၈၀)	စည်သူမြင့်	အင်န်	၁၉၅၄
(၁၈၁)	သန်းမင်း	အင်န်	၁၉၅၅
(၁၈၂)	တင်ကိုကို	အင်န်	၁၉၅၆
(၁၈၃)	အောင်မင်းသန်း	အင်န်	၁၉၅၇
(၁၈၄)	ဝင်းမြတ်မော်	အင်န်	၁၉၅၈
(၁၈၅)	သူရိန်	အင်န်	၁၉၆၀
(၁၈၆)	သိန်းဌေးဦး	အင်န်	၁၉၆၅

(၁၈၇)	ကျော်စွာမင်း	အင်န်	၁၉၇၀
(၁၈၈)	မိုးထက်	အင်န်	၁၉၇၁
(၁၈၉)	နိုင်လင်းအောင်	အင်န်	၁၉၇၂
(၁၉၀)	မျိုးဇင်အောင်	အင်န်	၁၉၇၄
(၁၉၁)	ဖြိုးပြည့်	အင်န်	၁၉၇၅
(၁၉၂)	ဟန်လင်းထွန်း	အင်န်	၁၉၇၆
(၁၉၃)	မျိုးညွန့်ဝင်း	အင်န်	၁၉၇၈
(၁၉၄)	ရဲမင်းပိုင်	အင်န်	၁၉၈၀
(၁၉၅)	မောင်ပိုင်	အင်န်	၁၉၈၁
(၁၉၆)	ဖြိုးပိုင်ဝင်း	အင်န်	၁၉၈၇
(၁၉၇)	ဟန်တင်ထွန်း	အင်န်	၁၉၈၉
(၁၉၈)	မျိုးကျော်ဌေး	အင်န်	၁၉၉၀
(၁၉၉)	နိုင်ဝင်းစိုး	အင်န်	၁၉၉၂
(၂၀၀)	ဖြိုးလင်းအေး	အင်န်	၁၉၉၃
(၂၀၁)	ကျော်သူဆွေ	အင်န်	၁၉၉၆
(၂၀၂)	ထွန်းလှိုင်ဝင်း	အင်န်	၂၀၀၂
(၂၀၃)	ကျော်ဇင်မင်း	အင်န်	၂၀၁၄
(၂၀၄)	စောညီညီ	အင်န်	၂၀၂၁
(၂၀၅)	ပြည့်စုံ	အင်န်	၂၀၂၄
(၂၀၆)	ရဲလင်းကို	အင်န်	၂၀၄၆
(၂၀၇)	မျိုးမြင့်ဇင်	အင်န်	၂၀၆၀
(၂၀၈)	ပြည့်သက်ထွန်း	အင်န်	၂၁၀၀
(၂၀၉)	ကျော်သီဟ	အင်န်	၂၁၀၂
(၂၁၀)	ဇေယျာ	အင်န်	၂၁၀၃
(၂၁၁)	အောင်ဖြိုးနိုင်	အင်န်	၂၁၀၇
(၂၁၂)	ကျော်မြင့်ဦး	အင်န်	၂၁၀၈
(၂၁၃)	အောင်ချမ်းပြည့်မောင်	အင်န်	၂၁၀၉
(၂၁၄)	နော်မင်းထွန်း	အင်န်	၂၁၁၁
(၂၁၅)	ဝေယံမြင့်ကျော်	အင်န်	၂၁၁၃
(၂၁၆)	ခွန်ထွန်းဝင်း	အင်န်	၂၁၁၉
(၂၁၇)	ဆန်းညွန့်ဦး	အင်န်	၂၁၂၀
(၂၁၈)	အေးလွင်	အင်န်	၂၁၂၁
(၂၁၉)	သက်အောင်	အင်န်	၂၁၂၂
(၂၂၀)	ထင်လင်းအောင်	အင်န်	၂၁၂၃
(၂၂၁)	အောင်မျိုးထက်	အင်န်	၂၁၂၄
(၂၂၂)	သန့်စင်ဦး	အင်န်	၂၁၂၆
(၂၂၃)	ချစ်ကိုကိုဦး	အင်န်	၂၁၂၇
(၂၂၄)	သိန်းသန်းထွန်း	အင်န်	၂၁၂၈
(၂၂၅)	ဝေသော်	အင်န်	၂၁၃၀
(၂၂၆)	နေအောင်	အင်န်	၂၁၃၁
(၂၂၇)	ဟိန်းဇော်အောင်	အင်န်	၂၁၃၂
(၂၂၈)	ဇော်ထက်	အင်န်	၂၁၃၅

(၂၂၉)	ဖုန်းမြင့်ဆွေ	အင်န်	၂၁၃၇
(၂၃၀)	သက်မျိုးနိုင်	အင်န်	၂၁၄၅
(၂၃၁)	ကျော်စိုးလွင်	အင်န်	၂၁၄၆
(၂၃၂)	ခိုင်ဇော်လတ်	အင်န်	၂၁၄၈
(၂၃၃)	သိန်းသန်းဝင်း	အင်န်	၂၁၄၉
(၂၃၄)	မင်းမင်းလွင်	အင်န်	၂၁၅၂
(၂၃၅)	တိုးတိုးအောင်	အင်န်	၂၁၅၃
(၂၃၆)	အေးထွန်း	အင်န်	၂၁၅၅
(၂၃၇)	ခိုင်မင်းဇော်	အင်န်	၂၁၆၁
(၂၃၈)	ဖုန်းမြင့်အောင်	အင်န်	၂၁၆၄
(၂၃၉)	ကျော်ထက်	အင်န်	၂၁၆၇
(၂၄၀)	အောင်မျိုးကျော်	အင်န်	၂၁၇၀
(၂၄၁)	ချမ်းမြေ့အောင်	အင်န်	၂၁၇၄
(၂၄၂)	ရဲနိုင်ဆွေ	အင်န်	၂၁၇၆
(၂၄၃)	မျိုးသက်နိုင်	အင်န်	၂၁၈၁
(၂၄၄)	ခင်မောင်စိုး	အင်န်	၂၁၈၃
(၂၄၅)	သန်းထွဋ်ဝင်း	အင်န်	၂၁၈၆
(၂၄၆)	နေထက်လင်း	အင်န်	၂၁၈၇
(၂၄၇)	မျိုးဇော်ထိုက်	အင်န်	၂၁၉၁
(၂၄၈)	သူရိန်စိုးမြတ်	အင်န်	၂၁၉၃
(၂၄၉)	ရဲလင်း	အင်န်	၂၁၉၆
(၂၅၀)	ဇော်မင်းထိုက်	အင်န်	၂၁၉၈
(၂၅၁)	မင်းဇော်ဦး	အင်န်	၂၁၉၉
(၂၅၂)	စိုးထက်အောင်	အင်န်	၂၂၀၃
(၂၅၃)	ဖြိုးဝေသော်	အင်န်	၂၂၀၇
(၂၅၄)	ဇင်မျိုးဝင်း	အင်န်	၂၂၀၉
(၂၅၅)	ဇော်လင်းအောင်	အင်န်	၂၂၁၀
(၂၅၆)	ပန်းအောင်	အင်န်	၂၂၁၅
(၂၅၇)	လရောင်	အင်န်	၂၂၂၃
(၂၅၈)	ဇင်ကိုကိုအောင်	အင်န်	၂၂၂၄
(၂၅၉)	ထွန်းမင်းမြတ်	အင်န်	၂၂၂၆
(၂၆၀)	သူရဝင်း	အင်န်	၂၂၂၇
(၂၆၁)	အောင်မျိုးကျော်	အင်န်	၂၂၂၈
(၂၆၂)	မျိုးကျော်သူ	အင်န်	၂၂၂၉
(၂၆၃)	သူရစိုးလွင်ကျော်	အင်န်	၂၂၃၂
(၂၆၄)	ဖြိုးစည်သူ	အင်န်	၂၂၃၃
(၂၆၅)	အောင်မျိုးထွေး	အင်န်	၂၂၃၄
(၂၆၆)	ရန်နောင်စိုး	အင်န်	၂၂၃၇
(၂၆၇)	မျိုးကိုကိုဆွေ	အင်န်	၂၂၄၀
(၂၆၈)	ဖြိုးမောင်မောင်	အင်န်	၂၂၄၁
(၂၆၉)	မျိုးထွန်း	အင်န်	၂၂၄၂
(၂၇၀)	မျိုးသီဟ	အင်န်	၂၂၄၄

(၂၇၁) ထွန်းဝင်း	အင်န်	၂၂၄၇
(၂၇၂) ကျော်ဌေးမြင့်	အင်န်	၂၂၄၉
(၂၇၃) လင်းဇော်ဦး	အင်န်	၂၂၅၁
(၂၇၄) ဇင်သူရနိုင်	အင်န်	၂၂၅၃
(၂၇၅) အောင်မိုးမင်း	အင်န်	၂၂၅၇
(၂၇၆) ထွန်းထွန်းဝင်း	အင်န်	၂၂၅၉
(၂၇၇) အောင်လင်း	အင်န်	၂၂၆၀
(၂၇၈) မျိုးမင်းနိုင်	အင်န်	၂၂၆၂
(၂၇၉) စည်သူခန့်ထန်	အင်န်	၂၂၆၃
(၂၈၀) အဏ္ဏဝါချမ်းမြေ့ကိုကို	အင်န်	၂၂၆၄
(၂၈၁) မိုးသော်တာထွန်း	အင်န်	၂၂၆၅
(၂၈၂) ခန့်ဝင်းမောင်	အင်န်	၂၂၆၆
(၂၈၃) ဟိန်းမင်းလတ်	အင်န်	၂၂၆၇
(၂၈၄) ရန်လင်းအောင်	အင်န်	၂၂၆၈
(၂၈၅) ချစ်ကိုကို	အင်န်	၂၂၆၉
(၂၈၆) သက်ထွန်းနိုင်	အင်န်	၂၂၇၀
(၂၈၇) ကျော်ရဲထိုက်	အင်န်	၂၂၇၁
(၂၈၈) ကျော်ဇင်မြင့်	အင်န်	၂၂၇၂
(၂၈၉) မင်းဇော်ဟိန်း	အင်န်	၂၂၇၃
(၂၉၀) သန့်ဇင်ဝင်း	အင်န်	၂၂၇၇
(၂၉၁) ဇင်မင်းထွဋ်	အင်န်	၂၂၇၉
(၂၉၂) သက်နိုင်ဦး	အင်န်	၂၂၈၂
(၂၉၃) ကောင်းမြတ်ကျော်	အင်န်	၂၂၈၃
(၂၉၄) ဇာနည်အောင်	အင်န်	၂၂၈၅
(၂၉၅) စိုးမင်းသူ	အင်န်	၂၂၈၇
(၂၉၆) သက်ဝေထွန်း	အင်န်	၂၂၈၈
(၂၉၇) ဖြိုးဝေထွန်း	အင်န်	၂၂၈၉
(၂၉၈) ထက်နိုင်ဆွေ	အင်န်	၂၂၉၀
(၂၉၉) ငြိမ်းသူအောင်	အင်န်	၂၃၀၂
(၃၀၀) စိုင်းစည်သူလွင်	အင်န်	၂၃၀၆
(၃၀၁) သီဟနိုင်	အင်န်	၂၃၁၀
(၃၀၂) ဝေယံထွန်း	အင်န်	၂၃၁၅
(၃၀၃) အောင်ရန်လင်း	အင်န်	၂၃၁၈
(၃၀၄) ကျော်ရဲအောင်	အင်န်	၂၃၂၃
(၃၀၅) ချမ်းမြေ့ကိုကိုဟန်	အင်န်	၂၃၂၈
(၃၀၆) ကျော်မိုးသီဟထွေး	အင်န်	၂၃၂၉
(၃၀၇) အောင်ထွန်း	အင်န်	၂၃၃၂
(၃၀၈) မျိုးမင်းထွန်း	အင်န်	၂၃၃၃
(၃၀၉) သန်းဇော်မင်း	အင်န်	၂၃၃၄
(၃၁၀) ဝင်းမိုး	အင်န်	၂၃၃၅

ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်

ပြန်တမ်း

ရန်ကုန်မြို့ { ၁၃၇၆ ခုနှစ်၊ နယုန်လပြည့်ကျော် ၁ ရက် (၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ ၁၃ ရက်) } သောကြာနေ့

ဤအပိုင်းကို သီးခြားစုပေါင်း၍တွဲထားနိုင်ရန် သီးခြားစာမျက်နှာတပ်ထားပါသည်။

အပိုင်း ၄

မြန်မာ့သမ္မတနိုင်ငံတော်

Mya Kyun Tha Services Co., Ltd.

အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းခြင်း

၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ (၄) ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီရုံးခန်း၌ ကျင်းပပြုလုပ်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အထူး အစည်းအဝေးဆုံးဖြတ်ချက်အရ မြန်မာ့သမ္မတနိုင်ငံတော် (Mya Kyun Tha Services Co., Ltd.) အား (၄-၆-၂၀၁၄) ရက်နေ့မှစ၍ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းသို့ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရာတွင် ဦးသောင်းအေး B.A, C.P.A (R.A) အား စာရင်းရှင်းလင်း ဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိအဖြစ် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

ကုမ္ပဏီမှ ရရှိသည့်ပေးရန်ရှိသည်များကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၃) ရက်နေ့ကို နောက်ဆုံးထား၍ အောက်ဖော်ပြပါ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိထံ တောင်းခံခြင်းများ၊ ပေးသွင်းခြင်းများ ပြုလုပ် နိုင်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

KHIN THAN YI
Managing Director
Mya Kyun Tha Co., Ltd.
(SERVICES)

ဦးသောင်းအေး
B.A, C.P.A (R.A)
စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိ
အမှတ် (၁၂၂)၊ ပထမထပ်၊ ၄၁-လမ်း၊
ဗိုလ်တထောင်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။
ဖုန်း - ၃၉၂၉၀၄

မြန်မာ ထုတ်လုပ်မှုကုမ္ပဏီလီမိတက်

Mya Kyun Tha Manufacturing Co., Ltd.

အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းခြင်း

၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ (၄) ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီရုံးခန်း၌ ကျင်းပပြုလုပ်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အထူးအစည်းအဝေးဆုံးဖြတ်ချက်အရ မြန်မာ ထုတ်လုပ်မှုကုမ္ပဏီလီမိတက် (Mya Kyun Tha Manufacturing Co., Ltd.) အား (၄-၆-၂၀၁၄) ရက်နေ့မှစ၍ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းသို့ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရာတွင် ဦးသောင်းအေး B.A, C.P.A (R.A) အား စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိအဖြစ် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

ကုမ္ပဏီမှ ရရှိသည့်ပေးရန်ရှိသည်များကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၃) ရက်နေ့ကို နောက်ဆုံးထား၍ အောက်ဖော်ပြပါ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိထံ တောင်းခံခြင်းများ၊ ပေးသွင်းခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

KHIN THAN YI

Managing Director

Mya Kyun Tha Co., Ltd.

(PRODUCTION)

ဦးသောင်းအေး

B.A, C.P.A (R.A)

စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိ

အမှတ် (၁၂)၊ ပထမထပ်၊ ၄၁-လမ်း၊

ဗိုလ်တထောင်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

ဖုန်း - ၃၉၂၉၀၄

မြန်မာအောင်ဇေယျစင်ဒီကိတ်လီမိတက်

MYANMAR AUNG ZABU SYNDICATE LIMITED

အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းခြင်း

၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ (၄) ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီရုံးခန်း၌ ကျင်းပပြုလုပ်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အထူးအစည်းအဝေးဆုံးဖြတ်ချက်အရ မြန်မာအောင်ဇေယျစင်ဒီကိတ်လီမိတက် (MYANMAR AUNG ZABU SYNDICATE LIMITED) အား (၄-၆-၂၀၁၄) ရက်နေ့မှစ၍ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းသို့ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရာတွင် ဒေါ်အေးသီတာ [B.Com (Q), C.P.A] အား စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိအဖြစ် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

ကုမ္ပဏီမှ ရရှိသည့်ပေးရန်ရှိသည်များကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၄) ရက်နေ့ကို နောက်ဆုံးထား၍ ဖော်ပြပါ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိထံ တောင်းခံခြင်းများနှင့် ပေးသွင်းခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

ဒေါ်ကျော်စိန်

မန်နေဂျင်းဒါရိုက်တာ

မြန်မာအောင်ဇေယျစင်ဒီကိတ်လီမိတက်

ဒေါ်အေးသီတာ [B.Com (Q), C.P.A]

NGWE INZALY AUDIT FIRM

အမှတ်-၁၄၁/၁၄၅၊ အခန်း-၅၊

တတိယထပ်၊ ဗိုလ်အောင်ကျော်လမ်း၊

ကျောက်တံတားမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

ကံထွန်းပေါ် ကုမ္ပဏီလီမိတက်

KAN TUN PAW COMPANY LIMITED

အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်

၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ (၄) ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီရုံးခန်း၌ ကျင်းပပြုလုပ်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အထူး အစည်းဝေးဆုံးဖြတ်ချက်အရ ကံထွန်းပေါ် ကုမ္ပဏီလီမိတက် (KAN TUN PAW COMPANY LIMITED) အား (၄-၆-၂၀၁၄) ရက်နေ့မှစ၍ စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းသို့ စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်တွင် ဒေါ်အေးသီတာ [B.Com (Q), C.P.A] အား စာရင်းရှင်းလင်း ဖော်ပြချက်အရာရှိအဖြစ် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

ကုမ္ပဏီမှ ရရှိသည့်ပေးရန်ရှိသည်များကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၄) ရက်နေ့ကို နောက်ဆုံးထား၍ ဖော်ပြပါ စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်အရာရှိထံ တောင်းခံခြင်းများနှင့် ပေးသွင်းခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

ဦးအိုက်ထွန်း
မန်နေဂျင်းဒါရိုက်တာ
ကံထွန်းပေါ် ကုမ္ပဏီလီမိတက်

ဒေါ်အေးသီတာ [B.Com (Q), C.P.A]
NGWE INZALY AUDIT FIRM
အမှတ်-၁၄၁/၁၄၅၊ အခန်း-၅၊
တတိယထပ်၊ ဗိုလ်အောင်ကျော်လမ်း၊
ကျောက်တံတားမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

ရွှေဖြိုးမောက် ကုမ္ပဏီလီမိတက်

SHWE PHYO MAUK CO., LTD

အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်

၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ (၄) ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီရုံးခန်း၌ ကျင်းပပြုလုပ်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အထူး အစည်းဝေးဆုံးဖြတ်ချက်အရ ရွှေဖြိုးမောက် ကုမ္ပဏီလီမိတက် (SHWE PHYO MAUK CO., LTD) အား (၄-၆-၂၀၁၄) ရက်နေ့မှစ၍ စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီး ဖြစ်ပါသည်။ ယင်းသို့ စာရင်း ရှင်းလင်းဖော်ပြချက်တွင် ဒေါ်အေးသီတာ [B.Com (Q), C.P.A] အား စာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်အရာရှိအဖြစ် ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

ကုမ္ပဏီမှ ရရှိသည့်ပေးရန်ရှိသည်များကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၄) ရက်နေ့ကို နောက်ဆုံးထား၍ ဖော်ပြပါစာရင်းရှင်းလင်းဖော်ပြချက်အရာရှိထံ တောင်းခံခြင်းများနှင့် ပေးသွင်းခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

ဦးမြအောင်
မန်နေဂျင်းဒါရိုက်တာ
ရွှေဖြိုးမောက် ကုမ္ပဏီလီမိတက်

ဒေါ်အေးသီတာ [B.Com (Q), C.P.A]
NGWE INZALY AUDIT FIRM
အမှတ်-၁၄၁/၁၄၅၊ အခန်း-၅၊
တတိယထပ်၊ ဗိုလ်အောင်ကျော်လမ်း၊
ကျောက်တံတားမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

မျိုးကျော်လင်း စက်မှုလက်မှုလုပ်ငန်းကုမ္ပဏီလီမိတက်
(MYO KYAW LIN INDUSTRY CO., LTD.) အား
(အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းခြင်း)
နောက်ဆုံးအစည်းအဝေးတက်ရောက်ရန် ဖိတ်ကြားခြင်း

မျိုးကျော်လင်း စက်မှုလက်မှုလုပ်ငန်းကုမ္ပဏီလီမိတက် (MYO KYAW LIN INDUSTRY COMPANY LIMITED.) ၏ နောက်ဆုံးအစည်းအဝေးကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၃) ရက်နေ့ နံနက် (၁၀:၀၀) နာရီအချိန်တွင် ရန်ကုန်မြို့၊ ပုဇွန်တောင်မြို့နယ်၊ ဗိုလ်တထောင်ဘုရားလမ်း၊ အမှတ်-(၁၇၆) (ပထမထပ်) တွင် ကျင်းပပြုလုပ်မည်ဖြစ်၍ အဖွဲ့ဝင်များအားလုံး တက်ရောက်ကြပါရန် ဖိတ်ကြားအပ်ပါသည်။

အစည်းအဝေးတွင် စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိ၏ အစီရင်ခံစာနှင့် စာရင်းရှင်းတမ်းများ တင်ပြပါမည်။

ဦးအိနစ် (တရားလွှတ်တော်ရှေ့နေ)
YE NOOS & ASSOCIATES (Law Firm)
စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိ

တောက်ပတိုးပွားသော အထည်ထုတ်လုပ်မှုကုမ္ပဏီလီမိတက်
SHINING ACCESS GARMENT MANUFACTURING CO., LTD.
အစုရှင်များ၏ဆန္ဒအရ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းခြင်း

၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇွန်လ (၁၂) ရက်နေ့တွင် ကုမ္ပဏီရုံးခန်း၌ ကျင်းပပြုလုပ်သော အဖွဲ့ဝင်များ၏ အထူး အစည်းအဝေးဆုံးဖြတ်ချက်အရ **တောက်ပတိုးပွားသော အထည်ထုတ်လုပ်မှုကုမ္ပဏီလီမိတက် (SHINING ACCESS GARMENT MANUFACTURING CO., LTD.)** အား (၁၂-၆-၂၀၁၄) ရက်နေ့မှစ၍ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရန် ဆုံးဖြတ်ခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။ ယင်းသို့ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရာတွင် ဦးအိနစ် (တရားလွှတ်တော်ရှေ့နေ) အား စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိအဖြစ်လည်းကောင်း၊ ဒေါ်မိုးမိုးအေး (B.Com, Dip I.F.R, Diploma in Business Law) အား တွဲဖက်စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိအဖြစ် လည်းကောင်း ခန့်အပ်လိုက်ပါသည်။

ကုမ္ပဏီမှ ရရန်နှင့်ပေးရန်ရှိသည်များကို ၂၀၁၄ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ (၁၄) ရက်နေ့ကို နောက်ဆုံးထား၍ ဖော်ပြပါ စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိထံ တောင်းခံခြင်းများနှင့် ပေးသွင်းခြင်းများ ပြုလုပ်နိုင်ကြောင်း ကြေညာအပ်ပါသည်။

ဦးမောင်မောင်ဦး
Managing Director
Shining Access
Garment Manufacturing Co., Ltd.

ဦးအိနစ် (တရားလွှတ်တော်ရှေ့နေ)
စာရင်းရှင်းလင်းဖျက်သိမ်းရေးအရာရှိ
YE NOOS & ASSOCIATES (Law Firm)
အမှတ်-၁၇၆ (ပထမထပ်)၊ ဗိုလ်တထောင်ဘုရားလမ်း၊
ပုဇွန်တောင်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။
ဖုန်း - ၂၉၆၁၃၂၊ ၃၉၇၂၃၄၊ ၃၉၇၂၃၅