

[1] SSBMS-EAS စနစ် (အာမခံအလုပ်ဌာန ဆိုင်ရာအချက်အလက်ဖြည့်စွက်ရန်) Form No. []

၁။ အလုပ်ဌာနအမည် ... _____

၂။ လိပ်စာ ... အမှတ် (_____)၊ _____ လမ်း၊
 _____ ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ၊ [_____] မြို့နယ်၊
 [_____] တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်။

၃။ ဖုန်း ... _____ Fax: _____

၄။ Website ... _____ Email: _____

၅။ လုပ်ငန်းအမျိုးအစား _____

၆။ ပိုင်ဆိုင်မှုကဏ္ဍ... [1] ပုဂ္ဂလိကပိုင် Private [2] ပြည်သူပိုင် Public
 [3] သမဝါယမပိုင် Co-operative [4] ဖက်စပ် Joint Venture
 [5] အစုစပ် Partnership [6] အခြား Other

၇။ ကိုယ်ပိုင်ဆေးခန်း [1] ရှိ

၈။ အလုပ်သမားဦးရေ ... (_____) ဦး

၉။ လူမှုဖူလုံရေးတွင် စတင်အကျိုးဝင်သည့်နေ့ ... () ရက်၊ () လ၊ () ခုနှစ်

၁၀။ စတင်မှတ်ပုံတင်သည့်နေ့ ... () ရက်၊ () လ၊ () ခုနှစ်

၁၁။ အလုပ်ဌာနအမှတ် ... _____

၁၂။ ပိုင်ရှင်အမည် ... ဦး/ဒေါ် _____ (အင်္ဂလိပ်) _____

၁၃။ ကျား/မ ... [1] ကျား [2] မ

၁၄။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် ... _____ / _____ (_____) _____ ။

၁၅။ လက်ရှိနေရပ်လိပ်စာ ... အမှတ် (_____)၊ _____ လမ်း၊
 _____ ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ၊ [_____] မြို့နယ်၊
 _____ တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်။

၁၆။ ဖုန်း _____

၁၇။ တာဝန်ခံအမည် ... ဦး/ဒေါ် _____ (အင်္ဂလိပ်) _____

၁၈။ ကျား/မ ... [1] ကျား [2] မ

၁၉။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးအမှတ် ... _____ / _____ (_____) _____ ။

၂၀။ ဖုန်း _____

၂၁။ လက်ရှိနေရပ်လိပ်စာ ... အမှတ် (_____)၊ _____ လမ်း၊
 _____ ရပ်ကွက်/ကျေးရွာ၊ [_____] မြို့နယ်၊
 _____ တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်။

အလုပ်ဌာနပိုင်ရှင်/တာဝန်ခံ

လက်မှတ် _____
အမည် _____

ရုံးခွဲမှ ရေးသွင်းရန်

SSB Office Code [_____] Township Code [_____] State/Region Code [_____] Year [_____]

