



သို့

ဥက္ကဋ္ဌ  
မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ

ရက်စွဲ၊ ၂၀ ခုနှစ်၊ လ ( ) ရက်။

အကြောင်းအရာ ။ ။ ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်ခြင်းနှင့် အထွေထွေဆေးကုသခွင့်လိုင်စင် လျှောက်ထားခြင်း။

ဒေါက်တာ \_\_\_\_\_ (နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားအမှတ် \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ) သည် ဆေးပညာဘွဲ့ M.B.B.S ကို ဆေးတက္ကသိုလ် \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ မှ \_\_\_\_\_ ခုနှစ် \_\_\_\_\_ လတွင်  
အောင်မြင်ခဲ့ပါ၍ ဆရာဝန်အဖြစ် မှတ်ပုံတင်ခွင့်ပြုရန်နှင့် အထွေထွေဆေးကုသခွင့်လိုင်စင် ထုတ်ပေးပါရန်  
ပူးတွဲပါ ကိုယ်ရေး အချက်အလက်ပုံစံတွင် မိမိကိုယ်တိုင် ပြည့်စုံမှန်ကန်စွာ ဖြည့်စွက်၍ အောက်ဖော်ပြပါ  
လိုအပ်သော စာရွက်စာတမ်းများနှင့်အတူ ပူးတွဲပေးပို့၍ လျှောက်ထားအပ်ပါသည်။

- (၁) ဘွဲ့လက်မှတ်မိတ္တူ။
- (၂) အလုပ်သင်ဆရာဝန်ပြီးဆုံးကြောင်း ထောက်ခံစာမိတ္တူ။
- (၃) ဆေးတက္ကသိုလ်မှ ထုတ်ပေးသော မွေးသက္ကရာဇ် မှန်ကန်ကြောင်း ထောက်ခံစာမိတ္တူ။
- (၄) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားမိတ္တူ။
- (၅) ၁ လက်မခွဲပတ်လည် ရောင်စုံလိုင်စင်ခါတ်ပုံ (၆)ပုံ။
- (၆) ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်နှင့် အထွေထွေဆေးကုသခွင့်လိုင်စင် လျှောက်ထားကြေးငွေ ၅၀၀၀၀/-  
(ငါးသောင်းကျပ်တိတိ) ပေးသွင်းပြီးသော **ငွေရပြေစာ။ (အပြာရောင်)**

လေးစားစွာဖြင့်

ထိုးမြဲလက်မှတ် \_\_\_\_\_  
 အမည် \_\_\_\_\_  
 နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်ပြားအမှတ် \_\_\_\_\_  
 ဆက်သွယ်ရန်လိပ်စာ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_



မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ  
ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်နှင့် အထွေထွေဆေးကုသခွင့်လိုင်စင် လျှောက်လွှာ

သို့

ဥက္ကဋ္ဌ  
မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ  
ရန်ကုန်မြို့။



ဓါတ်ပုံ

အကြောင်းအရာ ။ ။မြန်မာနိုင်ငံဆေးကောင်စီ ဆရာဝန်မှတ်ပုံတင်နှင့် အထွေထွေဆေးကုသခွင့်လိုင်စင် လျှောက်ထားခြင်း။

အမည်	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
			(Name to be Written In Block Letters)
မွေးသက္ကရာဇ်	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date of Birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်ပြားအမှတ်	<input type="text"/>	Citizenship Scrutiny Card	<input type="text"/>
လူမျိုး	<input type="text"/> ဘာသာ <input type="text"/> ကျား မ	Race	<input type="text"/> Religion <input type="text"/> M F
နေရပ်လိပ်စာ လက်ရှိ	<input type="text"/>	Address	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Current	<input type="text"/>
အမြဲတမ်း	<input type="text"/>	Permanent	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
အဘအမည်	<input type="text"/>	Father Name	<input type="text"/>
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်ပြားအမှတ်	<input type="text"/>	Citizenship Scrutiny Card	<input type="text"/>
အမိအမည်	<input type="text"/>	Mother Name	<input type="text"/>
နိုင်ငံသားစိစစ်ရေး ကတ်ပြားအမှတ်	<input type="text"/>	Citizenship Scrutiny Card	<input type="text"/>
Phone	<input type="text"/>		Email <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
Degree	<input type="text"/>	Institution / University	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(ဘွဲ့နှင်းသဘင်တက်ရောက်သောနေ့)

-----  
Applicant Signature/Date

ရုံးမှဖြည့်စွက်ရန်

ဆေးကောင်စီမှတ်ပုံတင်အမှတ်

အထွေထွေဆေးကုသခွင့်လိုင်စင်အမှတ်