[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 စတင်အကျုံးဝင်သည့်နေ့ ... ( ) 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။

<u>အလုပ်ဌာနပိုင်ရှင်/တာဝန်ခံ</u>

လက်မှတ် _____

အမည် _____

<u>ရုံးခွဲမှ ရေးသွင်းရန်</u>

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