



ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရ
ကျန်းမာရေးနှင့်အားကစားဝန်ကြီးဌာန
ကုသရေးဦးစီးဌာန

အကူသူနာပြု (ပြင်ပ) (၉) လသင်တန်းအတွက်လျှောက်လွှာခေါ်ယူခြင်း

၁။ ကျန်းမာရေးကဏ္ဍဖွံ့ဖြိုးတိုးတက်ရေးအတွက် ကျန်းမာရေးနှင့်အားကစားဝန်ကြီးဌာန၊ ကုသရေးဦးစီးဌာန အောက်ရှိ နေပြည်တော်ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီး(ခုတင်-၁၀၀၀)၊ ရန်ကုန်ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီးနှင့် မန္တလေးပြည်သူ့ဆေးရုံကြီးတို့တွင် အကူသူနာပြု(ပြင်ပ)(၉)လသင်တန်းကို ဆေးရုံကြီး(၁)ရုံလျှင် သင်တန်းသားဦးရေ(၁၀၀)စီဖြင့် (၂၀၂၀) ခုနှစ်၊ ဇန်နဝါရီလအတွင်း ဖွင့်လှစ်ပို့ချမည်ဖြစ်ပါသည်။

၂။ အဆိုပါသင်တန်းသို့ အောက်ဖော်ပြပါ သတ်မှတ်အရည်အချင်းနှင့် ပြည့်စုံသူများလျှောက်ထားနိုင်ပါသည် (လျှောက်လွှာပုံစံကို ပူးတွဲဖော်ပြထားပါသည်) -

- (က) ပြည်ထောင်စုမြန်မာနိုင်ငံသားဖြစ်ရမည်၊
- (ခ) အခြေခံပညာ နဝမတန်း အောင်မြင်ပြီးသူများသာ လျှောက်ထားရန်ဖြစ်ပါသည်။ (တက္ကသိုလ်ဝင်တန်းနှင့်အထက် အောင်မြင်ပြီးသူများ လျှောက်ထားခွင့်မပြု)၊
- (ဂ) လျှောက်လွှာပိတ်ရက်တွင် အသက် (၁၈) နှစ်ပြည့်ပြီး (၂၅) နှစ်ထက်မကြီးရ၊
- (ဃ) သင်တန်းဖွင့်လှစ်ပို့ချမည့် ပြည်သူ့ဆေးရုံကြီး (၃)ရုံအနက် ရွေးချယ်ခံရသည့် နေရာဒေသတွင် သင်တန်းတက်ရောက်နိုင်သူဖြစ်ရမည်၊
- (င) နေထိုင်စားသောက်ရေးကို သင်တန်းသားများအစီအစဉ်ဖြင့်သာဆောင်ရွက်စီစဉ်ရမည်၊ ဌာနမှ တာဝန်ယူမည်မဟုတ်ပါ။
- (စ) သတ်မှတ်ထားသော သင်တန်းအချိန်ကာလအတိုင်း သင်တန်းပြီးဆုံး အောင်မြင်အောင် တက်ရောက်နိုင်သူဖြစ်ရမည်၊
- (ဆ) အကူသူနာပြု(ပြင်ပ) (၉)လသင်တန်း အောင်မြင်သူများအား ပုဂ္ဂလိကကျန်းမာရေးကဏ္ဍများတွင် ပါဝင်နိုင်ရေး အထောက်အကူဖြစ်မည့် ကုသရေးဦးစီးဌာနမှ အသိအမှတ်ပြု သင်တန်းဆင်အောင်လက်မှတ် ချီးမြှင့်မည်။

၃။ လျှောက်လွှာနှင့်အတူ လွန်ခဲ့သော (၃) လ အတွင်း ရိုက်ကူးထားသော ရောင်စုံပတ်စ်ပို့အရွယ် ဓာတ်ပုံ(၃)ပုံနှင့်အတူ အောက်ပါစာရွက်စာတမ်း အထောက်အထားများကို ပြည့်စုံစွာပူးတွဲပေးပို့ရပါမည် -

- (က) နဝမတန်းအောင်မြင်ကြောင်း သက်ဆိုင်ရာ ကျောင်းအုပ်ကြီး၏ ထောက်ခံစာမူရင်း၊

(ခ) အကျင့်စာရိတ္တကောင်းမွန်ကြောင်း ရပ်ကွက်/ ရဲစခန်းထောက်ခံစာမူရင်း၊

(ဂ) စိတ်ရောဂါ၊ မူးယစ်စေသောအရက်စွဲ/ ဆေးစွဲလက္ခဏာမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးကောင်းမွန်ကြောင်း သက်ဆိုင်ရာ မြို့နယ်ကုသရေးဦးစီးဌာနမှူး၏ ဆေးထောက်ခံစာမူရင်း၊

(ဃ) နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်မိတ္တူ ။

၄။ လျှောက်ထားရမည့်တိုင်းဒေသကြီး/ပြည်နယ်သတ်မှတ်ချက်များ-

- နေပြည်တော်ပြည်ထောင်စုနယ်မြေ/ ကယားပြည်နယ်/ မကွေးတိုင်းဒေသကြီး/ ရှမ်းပြည်နယ် (တောင်ပိုင်း/အရှေ့ပိုင်း) တို့မှလျှောက်ထားလိုသူများသည် နေပြည်တော်ပြည်ထောင်စုနယ်မြေ ကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးသို့ လည်းကောင်း၊
 - ကရင်ပြည်နယ်/ တနင်္သာရီတိုင်းဒေသကြီး/ ပဲခူးတိုင်းဒေသကြီး/ မွန်ပြည်နယ်/ ရခိုင်ပြည်နယ်/ ရန်ကုန်တိုင်းဒေသကြီး/ရောဝတီတိုင်းဒေသကြီးတို့မှ လျှောက်ထားလိုသူများသည် ရန်ကုန်တိုင်း ဒေသကြီးကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးသို့ လည်းကောင်း၊
 - ကချင်ပြည်နယ်/ ချင်းပြည်နယ်/ စစ်ကိုင်းတိုင်းဒေသကြီး/ မန္တလေးတိုင်းဒေသကြီး/ ရှမ်းပြည်နယ် (မြောက်ပိုင်း)တို့မှ လျှောက်ထားလိုသူများသည် မန္တလေးတိုင်းဒေသကြီးကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးသို့ လည်းကောင်း လိပ်မူ၍လျှောက်ထားရန်ဖြစ်ပါသည်။
- လျှောက်လွှာကို (၆-၁၂-၂၀၁၉)ရက်နေ့၊ (၁၆:၀၀)နာရီအရောက် သက်ဆိုင်ရာ (နေပြည်တော်/ ရန်ကုန်/မန္တလေး) ကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးများသို့ ပေးပို့ရန်နှင့် နောက်ကျ၍ ရောက်ရှိလာသော လျှောက်လွှာများ၊ မပြည့်စုံသည့် လျှောက်လွှာများကို ထည့်သွင်းစဉ်းစားမည် မဟုတ်ပါ)

၅။ သင်တန်းဝင်ခွင့်ဖြေဆိုရမည့်သူများ၏ အမည်စာရင်းအား (၁၃-၁၂-၂၀၁၉)ရက်နေ့၌ သက်ဆိုင်ရာ တိုင်းဒေသကြီးကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးများတွင် ကြေငြာထားမည်ဖြစ်ပါသည်။

၆။ သင်တန်းသား စိစစ်ရွေးချယ်ရေးကို သက်ဆိုင်ရာ တိုင်းဒေသကြီးကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးများမှ အောက် ဖော်ပြပါအစီအစဉ်များအတိုင်း ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်ပါသည် -

(က) သတင်းပေးပို့ရမည့်ရက် - (၂၀- ၁၂ - ၂၀၁၉)ရက်၊ (သောကြာနေ့)

(ခ) ရေးဖြေစာမေးပွဲဖြေဆိုရမည့်ရက် - (၂၁- ၁၂ -၂၀၁၉)ရက်၊ (စနေနေ့)

(ရေးဖြေစာမေးပွဲတွင် (က) အင်္ဂလိပ်စာ (ခ) မြန်မာစာ (ဂ) အထွေထွေဗဟုသုတတို့ ပါဝင်သော(၁နာရီ ၃၀ မိနစ်) မေးခွန်းလွှာကိုဖြေဆိုရမည်ဖြစ်ပါသည်)

(ဂ) ရေးဖြေစာမေးပွဲဖြေဆိုရမည့်အချိန် - (၀၉:၀၀ နာရီမှ ၁၀:၃၀ နာရီ)

(ဃ) ရေးဖြေစာမေးပွဲဖြေဆိုရမည့်နေရာ -

နေပြည်တော်ပြည်ထောင်စုနယ်မြေ/ ရန်ကုန်တိုင်းဒေသကြီး/ မန္တလေးတိုင်းဒေသကြီးကုသရေး
ဦးစီးဌာနတို့မှ သတ်မှတ်ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။

၇။ တက်ရောက်ခွင့်ရရှိသူများ၏ အမည်စာရင်းကို သက်ဆိုင်ရာတိုင်းဒေသကြီးကုသရေးဦးစီးဌာနရုံးများ၌
ဒီဇင်ဘာလကုန်တွင် စုံစမ်းနိုင်ပါသည်။

၈။ အသေးစိတ်သိရှိလိုသည့် အချက်များကို နေပြည်တော်ကုသရေးဦးစီးဌာန၊ တယ်လီဖုန်းအမှတ်-၀၆၇-
၅၅၀၀၇၆၊ ရန်ကုန်တိုင်းဒေသကြီးကုသရေးဦးစီးဌာန၊ တယ်လီဖုန်းအမှတ် - ၀၁ - ၅၅၈၇၀၈၊ မန္တလေးတိုင်းဒေသ
ကြီးကုသရေးဦးစီးဌာန၊ တယ်လီဖုန်းအမှတ်- ၀၂ - ၆၇၄၇၃ သို့ ရုံးချိန်အတွင်း ဆက်သွယ်မေးမြန်းနိုင်ပါသည်။

ကုသရေးဦးစီးဌာန



ပြည်ထောင်စုသမ္မတမြန်မာနိုင်ငံတော်အစိုးရ

ကျန်းမာရေးနှင့်အားကစားဝန်ကြီးဌာန

ကုသရေးဦးစီးဌာန

အကူသူနာပြု(ပြင်ပ) (၉) လသင်တန်းဝင်ခွင့်လျှောက်လွှာပုံစံ

သတိပြုရန်

၁။ လက်ယာဘက်တွင်ကိုယ်တိုင်လက်ရေးဖြင့်ရေးသွင်းရမည်။

၂။ လျှောက်ထားသူသည်မိမိ၏ဓာတ်ပုံတစ်ပုံကို ဤပုံစံတွင်ကပ်ရမည်။

ကာလာဓာတ်ပုံ

ရက်စွဲ၊

၁။ အမည်

၂။ နိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်အမှတ်

၃။ မွေးဖွားသည့်ခုနှစ်၊လ၊ရက်

၄။ လူမျိုးနှင့်ကိုးကွယ်သည့်ဘာသာ

၅။ ပညာအရည်အချင်း

၆။ အဘအမည်

၇။ လိပ်စာအပြည့်အစုံ

၈။ ဆက်သွယ်ရန်တယ်လီဖုန်းနံပါတ်

၉။ သင်တန်းတက်ရောက်ရန်ရွေးချယ်ခြင်းခံရပါက သင်တန်းကာလအတွင်း သင်တန်းစည်းမျဉ်း စည်းကမ်းများကိုလိုက်နာပြီး၊ သင်တန်းပြီးဆုံးအောင်တက်ပါမည်၊ သင်တန်းပြီးဆုံးအောင် တက်ရောက်နိုင်ခြင်း မရှိပါက သင်တန်းလျော်ကြေးငွေ ၁၀၀၀၀၀/- (ကျပ်တစ်သိန်း) ပေးလျော်ပါမည်ဟု ကတိပြုလက်မှတ်ရေးထိုးပါသည်။

လျှောက်ထားသူလက်မှတ်၊ _____

လျှောက်ထားသူအမည်၊ _____

မြို့နယ်၊ _____

မှတ်ချက်။ လျှောက်လွှာနှင့်အတူနိုင်ငံသားစိစစ်ရေးကတ်မိတ္တူ၊ နဝမတန်းအောင်မြင်ကြောင်းသက်ဆိုင်ရာ
ကျောင်းအုပ်ကြီး၏ ထောက်ခံစာ၊ ရပ်ကွက်/ ရဲစခန်းထောက်ခံချက်မူရင်း၊ ဆေးထောက်ခံစာမူရင်း၊ ဓာတ်ပုံ
(၃) ပုံတို့နှင့်အတူ ပူးတွဲတင်ပြရန်။