



CASH CLAIM FORM

Date : 2.8.2024
 BU/BR/Division : Chrysanthemum Health
 Department : Administration
 Issue Amount : 55000 Kyats/.....USD

Budget include (or) Not :

Yes Budgeted Title and Amount :
 No Reasons for :

Required For:

Hand lost while working (Raw Gonen Area)

မှတ်ချက်။

(၁) အဆင့်ဆင့်သက်ဆိုင်ရာတာဝန်ရှိလူကြီးမင်းများအားလုံး သေချာစွာစုံစမ်းစစ်ဆေးတွက်ချက်ပြီးထားသော ငွေပမာဏဖြစ်ရပါမည်။

(The amount requested must be properly calculated, checked and verified by respective authorized person)

(၂) ထုတ်ယူငွေနှင့် ပတ်သက်၍ အမှားအယွင်း၊ လိမ်လည်မှု နှင့် အလွဲသုံးစားမှု တစ်စုံတစ်ရာ ရှိခဲ့ပါက၊ သက်ဆိုင်ရာ၊

တာဝန်ရှိစစ်ဆေးအတည်ပြုသူက အပြည့် အဝ ပြန်လည်ရရှိအောင် တာဝန်ယူ ဆောင်ရွက်ပေးရမည်

(If there is errors, frauds or misappropriation, the authorized person must take full responsibility to recover the loss)

Request By

 Requester

Checked By

 Mgr/DH

Checked By

 Finance & Account

Approved By

 GM/AGM/COO

Approved By



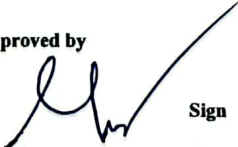


 CMC/CEO/Chairwoman
 Telegram approved.



ACCIDENT CLAIM REQUEST FORM

Request Date	2. 8. 2024
Employee Name	Saw Steven Aung
ID No.	15366
Join Date	Apr 25, 2023
Position	Junior Mechanic
Department	Recon
Business	Remanufacturing
SSB Contribution	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Within Office Working Time or Not	<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Injury Date	5.7.2024
Time of Injury	11:00 AM
Injury Description	ဘာသာရပ်ကွင်း လက်ထိဒူးခြင်း
Injury Leave From	not have
Injury Leave To	'
Taken Leave Type	'
Medical Claim Request Amount	-55,000/-
Medical Claim Approval Amount (ACHLO/CHLO Approval Amount)	-

Remark : Please submit medical claim attach receipts.

Requested by	Acknowledged by	Approved by	Checked by	Approved by
Sign : 	Sign : 	Sign : 	Sign : 	Sign : 
Name : Saw Steven Aung	Name : Saw Aung Khin	Name : Maung Maung	Name : Hsu Hsu	Name :
Position : ADH	Position : AGM	Position :	Position : DH	Position :
Date : 2.8.24	Date : 2.8.24	Date :	Date : 7.8.2024	Date :
(Related HR)	(Manager)	(AGM/GM/COO)	(Corporate HRM)	(ACHLO/CHLO)

နာရီဆေးခန်း



တော်ဝင်သွခ

အထွေထွေရောဂါကုဆေးခန်း

အမှတ်(၉၅၄/က)၊ ဗိုလ်အောင်ကျော်လမ်း။ (၇)ရပ်ကွက်၊ လှိုင်သာယာမြို့နယ်၊ ဖုန်း - ၀၉ - ၉၆၄၃၂၇၃၀၀

Name - Stewer

Date - 8-7-20

Sr	Decription	Qty	Rate	Amount
1	အဆေး			1500 ✓
2	အဆေး			
3	အဆေး			
4	အဆေး			
5	အဆေး			
6				
7				
8				
9				
10				
Total				22500 ✓
Advance				
Balance				

Authorized Signature

အရိသေးခန်း



တော်ဝင်သွေ

အထွေထွေရောဂါကုသေးခန်း

အမှတ်(၅၅၄/က)၊ ဗိုလ်အောင်ကျော်လမ်း၊ (၇)ရပ်ကွက်၊ လှိုင်သာယာမြို့နယ်၊ ဖုန်း - ၀၉-၉၆၄၃၂၇၃၀၀

Name ----- Steuer -----

Date ----- 12-7-20 -----

Sr	Decription	Qty	Rate	Amount
1	<u>ဝ - ဝ</u>			<u>19000</u>
2	<u>၂ - ၂၀၃</u>			
3	<u>- ၂၀၀၅</u>			
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Total				<u>19000</u>
Advance				
Balance				

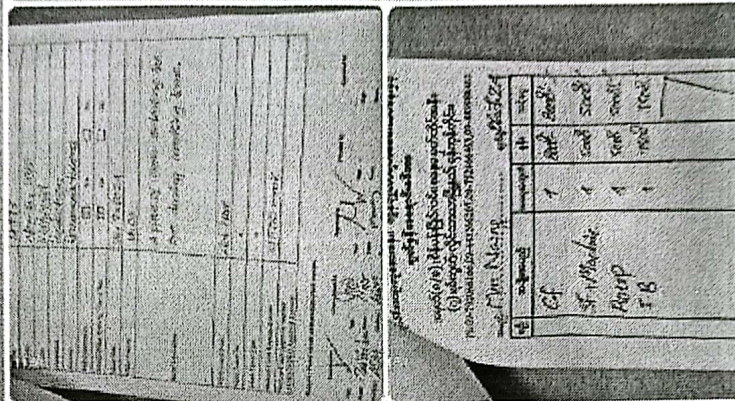
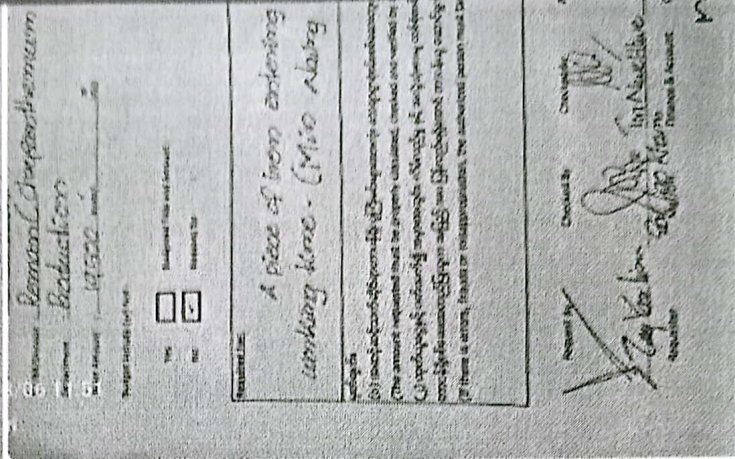
[Handwritten Signature]

Authorized Signature



KM. 0+000

Ko Aye Min Tun last seen at 9:37 AM



Reman Machining Section က Min Naing မျက်လုံးထံသံစင်လို့ ဆေးခန်းသွားထားတာပါဆရာ

11:52 AM ✓

ဆရာစစ်ပြီးအဆင်ပြေရင် approved ပေးပေးပါအုံးဗျ

11:53 AM ✓

Zay Yar Linn Recon က Saw Steven Aung အလုပ်...

Please proceed MMK 55,000.

1:24 PM

Zay Yar Linn Reman Machining Section က Min N...

Please proceed MMK 19,500.

1:24 PM

Thanks Sir 2:50 PM ✓

