

Date : 7.1.25

BU/BR/Division : MIM Branch

Department : Support Department

Issue Amount : 2300 Kyats/ USD

၂၆၈၀၀၀.၀၀ ကျပ်တိတိ

Budget include (or) Not :

Yes Budgeted Title and Amount :
No Reasons for :

Required For:
Customer Entertainment = 2300

မှတ်ချက်။
(၁) အဆင့်ဆင့်သက်ဆိုင်ရာတာဝန်ရှိလူကြီးမင်းများအားလုံး သေချာစွာစုံစမ်းစစ်ဆေး၊ တွက်ချက်ပြီးထားသော 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: Paing Hmue Thet
Checked By: Mgr/DH: Myo Hlike Aung
Checked By: Finance & Account: Hnin Puwint Lwin
Approved By: GM/AGM/COO: Myo Hlike Aung
Approved By: CMC/CEO/Chairwoman



GENERAL EXPENSE CLAIM FORM

Name : MUM Branch

Department Name : s'port Department

No.	Date	Name	Description	Amount	Remark
1.	23.12.24	Paing Hmoe Thei	Customer Entertainment	2300	
Total Amount				2300	

Requested by

Approved by

Checked by

Approved by

Approved by

Sign :

Name :

Paing Hmoe Thei
(Requester)

Myo Htike Aung
(Department Head)

Amin Pawint war
(Related FNA/Corp FNA)

Myo Htike Aung
(OM/AGM/GM/BOH/ABOH)

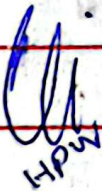


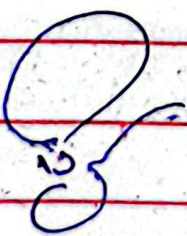
(ACUU/COU/MD/CM)

လက်ငင်းဖြတ်ပိုင်း

Book No: 27 ရက်စွဲ 12 ခုနှစ် ၂၀၂၄

PHF



အမျိုးအမည်	အရေအတွက်	နှုန်း	ကျပ်
Customer Entertainment အခါရရပ်			2300
Ko Thwee Lwin			
 HPW			
			



လက်မှတ်

စုစုပေါင်း -

2300



Sign :

Requested by
[Signature]

Approved by
[Signature]

Checked by
[Signature]

Approved by
[Signature]

Approved by
[Signature]

(Requester)
Mys Dike Rung
(OM/VGM/GM/BOH/ABOH)

(Department Head)
Mys Dike Rung
(M/Dept. FNA/Corp FNA)

(Checked)
Mys Dike Rung
(OM/VGM/GM/BOH/ABOH)

(Approved)
Mys Dike Rung
(OM/VGM/GM/BOH/ABOH)

(Approved)
Mys Dike Rung
(OM/VGM/GM/BOH/ABOH)

No.	Date	Name	Description	Amount	Remark
1	24/03/2024	Rajyashree Tel	Customer Entertainment	2300	
				2300	Total Amount

Department Name : s'pat Department

Div/BR Name : MUM Branch

GENERAL EXPENSE CLAIM FORM

UMG

UMG
BU/BR/Division
Dept.