



CASH CLAIM FORM

Date : 12.12.23

BU/BR/Division : Ramon

Department : Administration

Issue Amount : 22000/- Kyats/ USD

Budget include (or) Not :

Yes  Budgeted Title and Amount :

No  Reasons for :

Required For:

To Claim Medical charges for Htein Lin Aung

မှတ်ချက်။

(၁) အဆင့်ဆင့်သက်ဆိုင်ရာတာဝန်ရှိလူကြီးမင်းများအားလုံး သေချာစွာစုံစမ်း၊ စစ်ဆေး၊ 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

*[Signature]*

Requester

Checked By

*[Signature]* 18/12/23

Mgr/DH

Checked By

*[Signature]*

Finance & Account

Approved By

*[Signature]* 1/12/23

GM/AGM/COO

Approved By

CMC/CEO/Chairwoman

Naw Ahi Mae gas Nandar Aye Zar Ni shine Aung Aung Htein win

# KAUNG SAN AUNG

GENERAL (24) HOURS CLINIC

Hlaing Thar Yar Township, Yangon.

Ph:09-420179155, 09-789595144, 09-795214238

E-mail:kaungsanaungagency@gmail.com

Name မိုးမိုးသန်းဝင်း Date 18.11.23

Age ၇၄

No.	Description	Quantity	Rate	Amount
	Directing (+)			2000
	Rx Im BPT @ 1000			2000
	Im (waste) @ 1000			
	medication x 200			
	2 Bandage @ 200			
	1 cotton			

Signature [Handwritten Signature]

No. 0181

Total	2000
Discount	
Balance	

[Signature]  
Requester

[Signature]  
Mgr/DH

[Signature]  
11/2/23

Requester      Mgr/DH      Finance & Account      GM/AGM/COO      CMC/CEO/Chairperson