



OVERTIME REQUEST FORM

BU/BR/DIV Name : C&E

Department Name : GA အုတ်ကံတိုင်းဆေးထုတ် - ရိုးချွတ်

Reason for Overtime :

No.	Date	Name	Position Level	Time		Hours	Amount	Remark
				From	To			
1	4.1.2025	ဒိုး သန်းနိုင်		07:00	17:00		8000	ဆေးထုတ်
2	"	" ငွေတိုး		07:00	17:00		8000	"
3	"	" သိန်းလွင်		07:00	17:00		8000	"
4	"	" အောင်အောင်နိုင်		07:00	17:00		8000	"
5	5.1.2025	" သန်းနိုင်		07:00	17:00		8000	"
6	"	" ငွေတိုး		07:00	17:00		8000	"
7	"	" သိန်းလွင်		07:00	17:00		8000	"
8	"	" အောင်အောင်နိုင်		07:00	17:00		8000	"
Total Hours							64000	
Total Amount								

Requested by

Sign :
 Name : ဒိုး သန်းနိုင်
 (Requestor)

Approved by

(DH)

Approved by

(GM/AGM/COO)

Checked by

(HR) Moe Moe

05-CHL-HRM-FRM-020-05

/02/14/20:48