|  |
| --- |
|  |

**နို့စို့ကလေးပြုစုစောင့်ရှောက်သူ စီမံကိန်း**

**ဗီဒီယိုမှတ်တမ်းထုတ်လွှင့်ခွင့်ပြုရန်ပုံစံဖောင်**

သင့်အား မိဘနှင့် ကလေးစိတ်ကုထုံး (CPP) ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှု သင်တန်းတွင် ပါဝင်စေလိုပါသည်။ အစီအစဉ်များကို ဗီဒီယိုမှတ်တမ်းတင်ရန် သင့်ထံမှ ခွင့်ပြုချက်တောင်းခံလိုပါသည်။ ဤဗီဒီယိုမှတ်တမ်းကို အောက်ပါရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် အသုံးပြုပါမည်-

* ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုကို ထိရောက်စွာအသုံးချနိုင်ရန်အတွက် ကြီးကြပ်မှုပေးရန်။

ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအခွင့်အရေးနှင့် ခွင့်ပြုချက်ကို ဤစာဖြင့်ပေးအပ်ပါသည်-

* ကလေးနှင့်မိသားစုကျန်းမာရေးစင်တာသို့ ကြီးကြပ်မှုရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် ဗီဒီယိုမှတ်တမ်းတင်ထား သော အစီအစဉ်များကို မျှဝေခွင့်ပြုပါသည်။

ကျွန်ုပ်သည် အထက်ပါအချက်များကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ကာ ဤထုတ်ပြန်မှုပုံစံဖောင်ကို အပြည့်အဝနားလည်ပါ သည်။ ဤထုတ်ပြန်ချက်သည် ၎င်း၏ရည်ရွယ်ချက်ပြည့်မီရန် လိုအပ်သောကာလအတွက် တစ်နှစ်အထိ အကျုံးဝင်မည်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က ဤဖောင်၏အောက်ခြေရှိ ရုပ်သိမ်းခြင်းကဏ္ဍကို ဖြည့်စွက်၍ ရုပ်သိမ်းပါက သက်တမ်းကုန်ဆုံးမည်ကို နားလည်ပါသည်။ ထို့အပြင် ရုပ်သိမ်းသည့်ရက်စွဲမတိုင်မီ ဤထုတ်ပြန်ချက်အရဆောင်ရွက်ခဲ့သော မည်သည့်လုပ်ဆောင်ချက်မဆို တရားဝင်ပြီး ဥပဒေနှင့်အညီ ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  |  |  | |
| ကလေး၏ ပထမအမည်စာလုံး | | | | | MI | အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး | | |  | မွေးသက္ကရာဇ် | |  |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- | | | |  | | | ရက်စွဲ- |  | | | |  |
| လိပ်စာ- |  | | | | | | | | | | |  |
| မြို့/ပြည်နယ်/စာတိုက်ကုဒ်- | | |  | | | | | | | | |  |
| သက်သေခံ– | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ရုပ်သိမ်းခြင်း ကဏ္ဍ** | | | | |
| ကျွန်ုပ်သည် ဤထုတ်ပြန်ချက်အား အောက်ပါရက်စွဲမှ စတင်၍ ရုပ်သိမ်းရန် ဤစာဖြင့် တောင်းဆိုပါသည် | | |  |  |
|  | | | *(ရက်စွဲ)* |  |
| မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- |  | | |  |
| ရက်စွဲ- |  |  | |  |
|  |  |  | |  |