**ပုံစံ (၆)**

**စစ်မှုထမ်းရန်အရွယ်ရောက်သူအဖြစ် မှတ်ပုံတင်လက်မှတ်ထုတ်ပေးထားသူအား ဆေးစစ်ဆေးရန်ဆင့်ခေါ်စာ**

**မြို့နယ်ပြည်သူ့စစ်မှုထမ်းဆင့်ခေါ်ရေးအဖွဲ့**

**----------------------- မြို့နယ်**

ရက်စွဲ၊ - -

သို့

အမည်၊

အဘအမည်၊

နိုင်ငံသား/ဧည့်နိုင်ငံသား/နိုင်ငံသား(ပြု)စိစစ်ရေးကတ်အမှတ်၊

နေရပ်၊

အကြောင်းအရာ။ **ဆေးစစ်ဆေးရန်ဆင့်ခေါ်ခြင်း**

၁။ ပြည်သူ့စစ်မှုထမ်းဥပဒေအရ စစ်မှုထမ်းရန် အသက်အရွယ်ပြည့်မြောက်ပြီးသူအဖြစ် စာရင်းသွင်း မှတ်ပုံတင်ပြီးဖြစ်၍ မှတ်ပုံတင်လက်မှတ် လက်ဝယ်ရရှိထားသူအမည်၊ ------------------- အဘအမည်၊ --------- နိုင်ငံသား/ဧည့်နိုင်ငံသား/နိုင်ငံသား(ပြု) စိစစ်ရေးကတ်အမှတ်၊ --------------- နေရပ်၊ ------------- သည် တပ်မတော်ဆေးစစ်ရေးဘုတ်အဖွဲ့ဖြင့် ဆေးစစ်ဆေးမှုခံယူရန်အတွက် ---------- ရက်နေ့တွင် --------------- နေရာသို့ မပျက်မကွက်သတင်းပို့ရမည်။ သတင်းပို့သည့်အခါ နိုင်ငံသား/ဧည့်နိုင်ငံသား/နိုင်ငံသား(ပြု) စိစစ်ရေးကတ်နှင့် စစ်မှုထမ်းရန် အရွယ်ရောက်သူအဖြစ် စာရင်းသွင်းထားသည့် မှတ်ပုံတင်လက်မှတ် တို့အား မပျက်မကွက်ယူဆောင်လာရမည်။

၂။ သတင်းပို့ရန်ပျက်ကွက်ပါက ပြည်သူ့စစ်မှုထမ်းဥပဒေအရ အရေးယူခံရနိုင်ကြောင်း အသိပေးအပ် ပါသည်။

ဥက္ကဋ္ဌ

မြို့နယ်ပြည်သူ့စစ်မှုထမ်းဆင့်ခေါ်ရေးအဖွဲ့