

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

រដ្ឋបាលខណ្ឌ.....

ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ

ពាក្យស្នើសុំបើក បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....អក្សរឡាតាំង.....
ភេទ.....អាយុ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....កំរិតជំនាញបច្ចេកទេស.....
ជំនាន់ទី.....នៃគ្រឹះស្ថានសិក្សា.....
មុខរបរសព្វថ្ងៃ.....មុខតំណែងជា^(១).....
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។

សូមគោរពចូលមក

លោកអភិបាលនៃគណៈអភិបាលខណ្ឌ.....

កម្មវត្ថុ: សំណើសុំអនុញ្ញាតច្បាប់បើក **បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា** មួយកន្លែងឈ្មោះ.....
មានទីតាំងស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....សង្កាត់.....
ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ។

តាមរយៈ ៖ ប្រធានការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយខណ្ឌ.....

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវ:

- ពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ០១ច្បាប់
- ដីប្រវត្តិសង្ខេបរបស់សាមីជនមានបិទរូបថត ៤ x ៦ ស.ម ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យាចំពោះសាលាខណ្ឌ ០១ច្បាប់
- គំនូសបង្ហាញទីតាំងដែលមានបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរសង្កាត់ ០១ច្បាប់
- ច្បាប់ថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលារាជធានី/ខេត្ត ០១ច្បាប់
- លិខិតបញ្ជាក់សមាជិកភាពរបស់គណៈគិលានុប្បដ្ឋាន រាជធានីភ្នំពេញ ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព ០១ច្បាប់
- លក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ០១ច្បាប់
- រូបថតសាមីជន ទំហំ ៤ x ៦ ស.ម ០៥សន្លឹក
- បង្កាន់ដៃទទួលពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ០១ច្បាប់

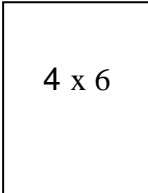
អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលអនុញ្ញាតច្បាប់អោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបាទបើក **បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា** មួយកន្លែងដែលមានឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានដូចខាងលើ ដោយសេចក្តីអនុគ្រោះ ។
សូមលោកអភិបាល ទទួលនូវសេចក្តីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០១.....

(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

ហត្ថលេខាសាមីជន

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



ដីប្រវត្តិសង្ខេប

នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន.....អក្សរឡាតាំង.....

ភេទ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....ថ្ងៃទីឆ្នាំកំណើត.....

ទីកន្លែងកំណើត.....

អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន ផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....

សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ។

កំរិតវប្បធម៌ភាសាបរទេស.....

ជំនាញបច្ចេកទេស៖ សញ្ញាប័ត្របច្ចេកទេស.....ចេញឆ្នាំ.....

សញ្ញាប័ត្រជំនាញឯកទេស.....ចេញឆ្នាំ.....

រយៈពេលធ្លាប់បានធ្វើការងារក្នុងស្ថាប័នជំនាញរដ្ឋ ឬឯកជនក្រោយពីបានទទួលសញ្ញាប័ត្រ

ចំនួន.....ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ.....ដល់ឆ្នាំ.....

ទីកន្លែងធ្វើការបច្ចុប្បន្ន.....

មានមុខតំណែងជា^(១).....

ថ្មី/ប្រពន្ធល្មោះ.....ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត.....

ទីកន្លែងកំណើត.....

មុនរបបបច្ចុប្បន្ន.....

មានកូនចំនួន.....នាក់ ប្រុស.....នាក់ ស្រី.....នាក់

ឪពុកបង្កើតឈ្មោះ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....

អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.....

ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....

អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.....

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០១.....

ហត្ថលេខាសាមីខ្លួន

ប្រធានអង្គភាព ឬសមាជិកវិទ្ធកម្មបុគ្គលិក
ហត្ថលេខា និងត្រា

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

កិច្ចសន្យា

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....អក្សរឡាតាំង.....ភេទ.....អាយុ.....
ឆ្នាំ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....ជំនាញបច្ចេកទេស.....
បច្ចុប្បន្នបំរើការងារនៅ.....មានមុខតំណែងជា.....
អាស័យដ្ឋានសព្វថ្ងៃ ផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។
ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើ.....ដែលមានឈ្មោះ.....
មានទីតាំងនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។

សូមសន្យាចំពោះមុខរដ្ឋបាលខណ្ឌ.....តាមចំនុចមួយចំនួនដូចខាងក្រោម៖

- ១-គោរពឲ្យបានត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ គោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។
- ២-គោរពវិន័យការងារ និងការចាត់តាំងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ឬអ្នកដឹកនាំគ្រប់គ្រងសេវារបស់ខ្លួន។
- ៣-គោរពពេលវេលាបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គការរដ្ឋ និងបំរើសេវាសុខាភិបាលឯកជន។
 - ពេលព្រឹក៖ ចាប់ពីម៉ោង៥:៣០នាទី ដល់ម៉ោង៧:៣០នាទី ។
 - ពេលល្ងាច៖ ចាប់ពីម៉ោង១៧:៣០នាទី ដល់ម៉ោង១៩:៣០នាទី។
- ៤-អនុវត្តអោយបានត្រឹមត្រូវរាល់បទបញ្ញត្តិនានារបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានចែងអំពីក្រមសីលធម៌ ក្នុងមុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ ។
- ៥-មិនសហការជាមួយគ្រូពេទ្យបរទេស និងគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការទុកដាក់សំណង់វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ៦-យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍សកម្មភាពពិនិត្យព្យាបាលដើម្បីជាទៀងទាត់ប្រចាំត្រីមាសជូនមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ និងសាលាខណ្ឌ..... ។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្មដែលមិនមានការអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយមិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ។
- ៨-មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានអ្នកជំងឺសំរាកលើសពី ២៤ម៉ោង។
- ៩-មិនដាក់តាំងលក់ឌីស៊ីប៊ីបន្ទប់បើកសេវារបស់ខ្លួនជាដាច់ខាត។
- ១០-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់

ពាក្យស្នើសុំបើក បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា

គណៈកម្មាធិការលុបបំបាត់ឱសថក្លែងក្លាយ និងសេវាសុខាភិបាលខុសច្បាប់ និងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធ
ផ្សេងៗទៀត ។

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០១.....

សាក្សីដើម

ស្ថាប័នមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា

រាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០១.....

ហត្ថលេខា

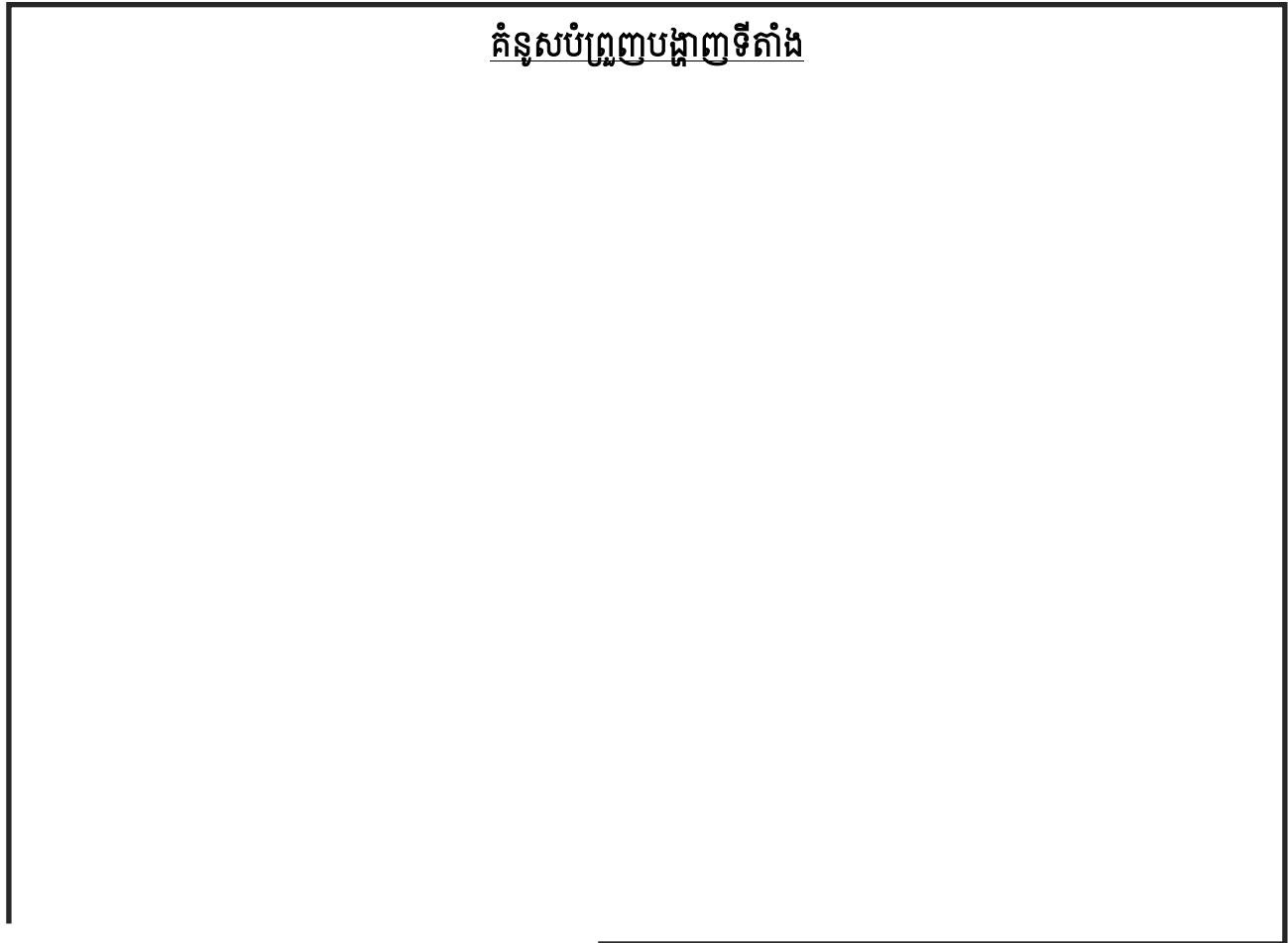
អេស័យដ្ឋាន ឬកន្លែងធ្វើការ

.....(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
លិខិតបញ្ជាក់ទីតាំង

របស់.....ឈ្មោះអាជីវកម្ម.....
ផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ភូមិ.....ឃុំ/សង្កាត់.....ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ.....
.....រាជធានី/ខេត្ត.....ដូចបានបង្ហាញនៅក្នុងគំនូសបំព្រួញខាងក្រោម៖

គំនូសបំព្រួញបង្ហាញទីតាំង



លេខ.....
បានឃើញ និងបញ្ជាក់
គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន។

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
(ម្ចាស់/អ្នកគ្រប់គ្រងអាជីវកម្ម)

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
មេឃុំ/ចៅសង្កាត់

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

មញ្ជីត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យ មន្ទីរព្យាបាលដោយចលនា

យោង ៖ -ព្រះរាជក្រម នស/រកម ១១០០/១០ ចុះថ្ងៃទី០៣ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០០
-ប្រកាសលេខ ០៣៤ អបស/មព ចុះថ្ងៃទី ០៤ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១១ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល
ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១...ក្រុមការងារគ្រប់គ្រងសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ
បានចុះត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យរបស់ បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា របស់លោក/លោកស្រី.....

-សំណុំពាក្យស្នើសុំ (គ្រប់គ្រាន់ត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់) គ្មាន មាន

-លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកស្នើសុំ ៖

- មានសញ្ជាតិខ្មែរ គ្មាន មាន
- មានលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ឬក្រសួងអប់រំយុវជន និងកីឡា ឬគណៈកម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លៃកម្រិតសញ្ញាប័ត្រ គ្មាន មាន
- មានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីសមាជិកគណៈគណៈគិលានុប្បដ្ឋានរាជធានីភ្នំពេញ គ្មាន មាន
- មានសុខភាពគ្រប់គ្រាន់អាចបំពេញការងារនេះបាន គ្មាន មាន

-លក្ខណៈបច្ចេកទេស ៖

- មានស្លាកសញ្ញាជាបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ត្រឹមត្រូវតាមក្រសួងសុខាភិបាល គ្មាន មាន
- មានកន្លែងរង់ចាំទំហំយ៉ាងតិច ៨ម^២ និងមានកៅអី ឬសាឡុងសម្រាប់រង់ចាំ គ្មាន មាន
- មានសៀវភៅសំរាប់កត់ត្រាជម្ងឺប្រចាំថ្ងៃ គ្មាន មាន
- មានបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនាដែលមានទំហំយ៉ាងតិច ១២ម^២ គ្មាន មាន
- មានគ្រែយ៉ាងច្រើនបំផុតចំនួន ២ គ្មាន មាន
- មានតារាងតម្លៃព្យាបាលជម្ងឺ គ្មាន មាន
- មានឡាវ៉ាបូ និងសប៊ូសម្រាប់លាងដៃ (បើមាន) គ្មាន មាន
- មានធុងសំរាម គ្មាន មាន
- មានទូចំនួន១ ដាក់ឌីសថ និងមានបរិក្ខារពេទ្យក្នុងបន្ទប់ព្យាបាលសមស្រប គ្មាន មាន
- ដាក់តាំងលក់ឌីសថក្នុងបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា គ្មាន មាន

យោលបល់៖.....

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....
ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....
ប្រធានការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....
មន្ត្រីចុះត្រួតពិនិត្យ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យបំរើការងារ
នៅផ្នែក.....នៃ.....

បានពិនិត្យសុខភាពឈ្មោះ.....ភេទ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ។
បានឃើញថា.....។

ខ្ញុំបានទ/នាងខ្ញុំចេញវិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាពនេះជូនដល់សាមីជន តាមពាក្យស្នើសុំ ដើម្បីយក
ទៅបំពេញបែបបទសុំបើកសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០១.....
គ្រូពេទ្យពិនិត្យសុខភាព

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា: លោក/លោកស្រី.....
ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យកំពុងបំរើការងារនៅ.....
ពិតប្រាកដមែន
ប្រធានអង្គភាព.....