

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

រដ្ឋបាលស្រុក.....
ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ
លេខ:.....

ពាក្យសុំបន្តសុពលភាព បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ:..... ជា ជំនាន់ទី..... ជំនាញឯកទេសផ្នែក.....
អាយុ..... ឆ្នាំ ភេទ..... ជនជាតិ..... សញ្ជាតិ..... កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ
សព្វថ្ងៃធ្វើការនៅ មានមុខតំណែងជា "១"
ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នផ្ទះ:..... ។

សូមគោរពជូន

លោកអភិបាលស្រុក.....

កម្មវត្ថុ សំណើសុំ ប្តូរលិខិតអនុញ្ញាត ប្រើប្រាស់បន្តលើកទី នៃផ្នែក **បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ**
មួយកន្លែងឈ្មោះ: តាំងនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិ.....
ឃុំ..... ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ដែលការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយបានចេញ
លិខិតអនុញ្ញាតលេខ ចុះថ្ងៃទី ហើយត្រូវហួសកំណត់នៅ
ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20..... ។ ដោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងបន្តដំណើរការសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់
ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដែលមានទីតាំងដដែលដូចខាងលើតទៅទៀត។

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលស្រុកមេត្តាចេញលិខិតអនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ប្រើប្រាស់ជាបន្តទៅ
ទៀតតាមសំណើដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖

- ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ : ០១ច្បាប់
- របាយការណ៍ស្តីពីសកម្មភាពសេវាកម្មរយៈពេល ៣ ឆ្នាំ : ០១ច្បាប់
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំបើកបន្ទប់ថែទាំជំងឺ : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតរបស់គណៈគិលានុបដ្ឋាក : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតចាស់ លេខ ចុះថ្ងៃទី : ០១ច្បាប់
- លិខិតថ្កោលទោស"២" : ០១ច្បាប់
- រូបថតទំហំ៤x៦ : ០១សន្លឹក
- រូបថតទំហំ១៥x២០ចម្រងពីមុខ : ០១សន្លឹក

សូមលោកអភិបាលស្រុកខ្សាច់កណ្តាល មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ។

ធ្វើនៅ.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ20...
ហត្ថលេខា

" ១ " បើជាមន្ត្រីរាជការ
" ២ " ចំពោះអ្នកដែលគ្មានក្របខណ្ឌរដ្ឋ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

រូបថត

4 x 6

ជីវប្រវត្តិសង្ខេប

-នាមត្រកូលនិងនាមខ្លួន:អក្សរឡាតាំង..... ភេទ.....

 អាយុ..... ឆ្នាំ ជាតិ..... សញ្ជាតិ..... កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ ។

-ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត :

-ទីកន្លែងកំណើត :

-អាស័យដ្ឋានសព្វថ្ងៃ : ផ្ទះលេខ..... ផ្លូវ..... ភូមិ..... ឃុំ/សង្កាត់.....

 ស្រុក/ខណ្ឌ..... ខេត្ត/រាជធានី..... ទូរសព្ទទំនាក់ទំនង ។

-កំរិតវប្បធម៌បរទេស :

-បច្ចេកទេសជំនាញ : សញ្ញាបត្របច្ចេកទេសនៅឆ្នាំ.....

 : សញ្ញាបត្រជំនាញឯកទេសនៅឆ្នាំ.....

-រយៈពេលធ្លាប់បានធ្វើការងារក្នុងស្ថាប័នជំនាញរដ្ឋប្បវេណី/អង្គការក្រោយពីបានទទួលសញ្ញាបត្រ ៖

 - ស្ថាប័នរដ្ឋ ចំនួន ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ ដល់ឆ្នាំ

 - ស្ថាប័នឯកជន/អង្គការ ចំនួន ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ ដល់ឆ្នាំ

-ទីកន្លែងធ្វើការសព្វថ្ងៃ :

-មានមុខតំណែងជា "១" :

-ប្រពន្ធឬប្តីឈ្មោះ : ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត.....

 . ទីកន្លែងកំណើត:

 . មុខរបរសព្វថ្ងៃ :

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

-ឪពុកបង្កើតឈ្មោះ :អាយុ..... ឆ្នាំ ជនជាតិ..... សញ្ជាតិ.....

 . អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរសព្វថ្ងៃ: ។

-ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ :អាយុ..... ឆ្នាំជនជាតិ..... សញ្ជាតិ.....

 . អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរសព្វថ្ងៃ: ។

ធ្វើនៅ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20....

ហត្ថលេខា

ប្រធានអង្គភាព «១» ឬសមាជិកច្បាប់មូលដ្ឋាន «២»

. «១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

. «២» បើមិនមែនជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

កិច្ចសន្យា

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....អក្សរឡាតាំង.....អាយុ.....ឆ្នាំ
ភេទ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....ជំនាញឯកទេសផ្នែក.....។
សព្វថ្ងៃធ្វើការនៅ.....មុខតំណែង “១”
ទីលំនៅសព្វថ្ងៃផ្ទះលេខ.....ផ្លូវលេខ..... ភូមិ..... ឃុំ/សង្កាត់..... ស្រុក/ខណ្ឌ/ក្រុង.....
ខេត្ត/រាជធានី..... ។

ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើសេវាសុខាភិបាលផ្នែក **បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ** ដែលមានឈ្មោះ :
តាំងនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិ ឃុំ..... ស្រុក..... ខេត្ត..... ។

សូមសន្យាចំពោះលោកអភិបាលស្រុក.....

- ១-គោរពអោយបានត្រឹមត្រូវនូវច្បាប់គោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។
- ២-គោរពវិន័យការងារ និងការចាត់តាំងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ឬអ្នកដឹកនាំគ្រប់គ្រងសេវារបស់ខ្លួន “១” ។
- ៣-គោរពពេលម៉ោងបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គការរដ្ឋនិងបម្រើសេវាឯកជន ពេលព្រឹកម៉ោង៥:៣០ ដល់
ម៉ោង ៧:៣០ និង ពេលល្ងាចពីម៉ោង ១៧:៣០ ដល់ម៉ោង ១៩:៣០ តែប៉ុណ្ណោះ «១» ។
- ៤-អនុវត្តន៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវគ្រប់បទបញ្ញត្តិទាំងអស់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលមានចែងអំពីក្រមសីលធម៌
ក្នុងមុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ។
- ៥-មិនសហការណ៍ជាមួយជនបរទេស/មិនតាំងលក់ឱសថ និងគោរពតាមគោលការណ៍កាកសំណល់វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ៦- យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍ព្យាបាលជម្ងឺមកកាន់មន្ទីរសុខាភិបាល និង សាលាស្រុកជារៀងរាល់ខែ។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយ មិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់
ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយនិងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តឡើយ។
- ៨- ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់គណៈកម្មា
ធិការកិច្ច។

ក្នុងករណីមិនអនុវត្តតាមគោលការណ៍នេះ យើងខ្ញុំឯកភាពឱ្យមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត/សាលាស្រុក
មានសិទ្ធិដកហូតអត្តសញ្ញាប័ណ្ណដោយស្វ័យប្រវត្ត ។

ធ្វើនៅថ្ងៃទី.....ខែ ឆ្នាំ 20...

សាក្សីដ៏ឧត្ត

ស្នាមមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20....

ហត្ថលេខា

អាស័យដ្ឋាន ឬ កន្លែងធ្វើការ និងលេខទូរសព្ទ៖

.....

«១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព

យើងខ្ញុំ-វេជ្ជបណ្ឌិត.....ជាគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅផ្នែក.....
នៃបានពិនិត្យសុខភាពឈ្មោះ:ភេទ.....អាយុ.....ឆ្នាំ
បានឃើញថា :.....
.....។

យើងចេញវិញ្ញាបនបត្រសុខភាពនេះអោយដល់សាមីខ្លួនតាមពាក្យសុំដើម្បីយកទៅបំពេញបែបបទបើកសេវា
វេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

ធ្វើនៅថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ 20...
គ្រូពេទ្យព្យាបាល

លេខ :
បានឃើញ និង បញ្ជាក់ថា :
វេជ្ជ:ពិតជា.....
នៅអង្គភាពពិតប្រាកដមែន
.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ 20..

ប្រធានអង្គភាព