ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

រដ្ឋបាលស្រុក........................

ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ

លេខៈ.............................

**8**

ពាក្យសុំបន្តសុពលភាព​ ឱសថស្ថានរង

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ.............................….............. ជា ............................................. ជំនាន់ទី............. អាយុ.......... ឆ្នាំ ភេទ........ ជនជាតិ............ សញ្ជាតិ.............. កាន់អត្តសញ្ញាណបណ្ណលេខ ................................

សព្វថ្ងៃធ្វើការនៅ ...................................................................... មានមុខតំណែងជា “១” .................................. ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នផ្ទះ.....................................................................................................................................។

សូមគោរពជូន

លោកអភិបាលស្រុក.............................

កម្មវត្ថុ សំណើសុំ **​​ប្ដូរលិខិតអនុញ្ញាត** ប្រើប្រាស់បន្តលើកទី ......... នៃផ្នែក **ឱសថស្ថានរង.......** មួយកន្លែងឈ្មោះ ............................................. ដែលមានលេខទូរសព្ទទាក់ទង ...........................................

តាំងនៅផ្ទះលេខ .......... ផ្លូវ ................... ភូមិ.......................... ឃុំ...................................... ស្រុកខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្តកណ្ដាល ដែលការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយបានចេញលិខិតអនុញ្ញាតលេខ ..........................................

ចុះថ្ងៃទី ............................................... ហើយត្រូវហួសកំណត់នៅថ្ងៃទី ............ ខែ ............ ឆ្នាំ 20..... ។

ដោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងបន្តដំណើរការសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដែលមានទីតាំង

ដដែលដូចខាងលើតទៅទៀត។

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលស្រុកមេត្តាចេញលិខិតអនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ប្រើប្រាស់ជាបន្តទៅ ទៀតតាមសំណើដោយក្ដីអនុគ្រោះ ។

**សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖**

* ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
* កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
* វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
* លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យឱសថស្ថានរង : ០១ច្បាប់
* កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងអ្នកទទួលខុសត្រូវនិងម្ចាស់ឱសថស្ថាន : ០១ច្បាប់
* បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំ : ០១ច្បាប់
* លិខិតអនុញ្ញាតចាស់ លេខ .................... ចុះថ្ងៃទី ...................... : ០១ច្បាប់
* លិខិតថ្កោលទោស”២” : ០១ច្បាប
* រូបថតទំហំ៤×៦ : ០១សន្លឹក
* រូបថតទីតាំងបើកទំហំ១៥×២០ថតចំពីមុខ : ០១សន្លឹក

សូមលោកអភិបាលស្រុកខ្សាច់កណ្តាល មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ៕

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

**ហត្ថលេខា**

**“** ១ “ បើជាមន្ត្រីរាជការ

“ ២ “ ចំពោះអ្នកដែលគ្មានក្របខណ្ឌរដ្ឋ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

រូបថត

4​ x 6

3

ជីវប្រវត្តិសង្ខេប

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

អាយុ......... ឆ្នាំ ជាតិ.......... សញ្ជាតិ......... កាន់អត្តសញ្ញាណបណ្ណលេខ .....................................។

-ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត : ............................................................................................................................

-ទីកន្លែងកំណើត : ............................................................................................................................

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

ស្រុក/ខណ្ឌ............................... ខេត្ត/រាជធានី................... ទូរសព្ទទំនាកទំនង ................................. ។

-កំរិតវប្បធម៌បរទេស : ............................................................................................................................

-បច្ចេកទេសជំនាញ : សញ្ញាបត្របច្ចេកទេស ............................................នៅឆ្នាំ.......................................

: សញ្ញាបត្រជំនាញឯកទេស ......................................នៅឆ្នាំ.......................................

-រយៈពេលធ្លាប់បានធ្វើការងារក្នុងស្ថាប័នជំនាញរដ្ឋឬឯកជន/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.....................សញ្ញាតិ................

. អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរសព្វថ្ងៃ: ....................................................................................................។

-ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ : ..........................................អាយុ............ឆ្នាំជនជាតិ.....................សញ្ញាតិ...............

. អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរសព្វថ្ងៃ: ................................................................................................... ៕

​​ ធ្វើនៅ ...................... ថ្ងៃទី ......... ខែ ......... ឆ្នាំ 20…..

ហត្ថលេខា

ប្រធានអង្គភាព «១»ឬសមត្ថកិច្ចមូលដ្ឋាន«២»

.​ «១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

. «២»បើមិនមែនជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

**8**

កិច្ចសន្យា

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ............................................អក្សរឡាតាំង........................................អាយុ.........ឆ្នាំ

ភេទ.............ជនជាតិ..............សញ្ញាតិ................ជំនាញឯកទេសផ្នែក...........................................................។

សព្វថ្ងៃធ្វើការនៅ.........................................................មុខតំណែង “១” ..........................................................

ទីលំនៅសព្វថ្ងៃផ្ទះលេខ.......ផ្លូវលេខ.......... ភូមិ.............. ឃុំ/សង្កាត់....................... ស្រុក/ខណ្ឌ/ក្រុង................... ខេត្ត/រាជធានី...................... ។

ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវលើសេវាសុខាភិបាលផ្នែក **ឱសថស្ថានរង........**  ដែលមានឈ្មោះ ..........................................

តាំងនៅផ្ទះលេខ .......... ផ្លូវ ........ ភូមិ ....................ឃុំ........................... ស្រុកខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្តកណ្ដាល ។

សូមសន្យាចំពោះលោកអភិបាលស្រុក........................

១-គោរពអោយបានត្រឹមត្រូវនូវច្បាប់គោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

២-គោរពអនុវត្តតាមក្រឹត្យច្បាប់ដែលមានជាធរមានរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ពិសេសលិខិតបទដ្ឋានដែលទាក់ទង

នឹងអាជីវកម្មឱសថ ។​

៣-មានវត្តមាននៅក្នុងឱសថស្ថានរងតាមកាលកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។

៤-មិនលក់បំបែកទូតូចៗ ដែលមានម្ចាស់ច្រើន ។

៥-មិនលក់ឱសថ-បរិក្ខារពេទ្យក្លែងក្លាយ អន់គុណភាព ឬ ខូចគុណភាព គ្មានទិដ្ឋការ ឬ គ្មានបញ្ជិកា និង

ឱសថ-បរិក្ខារពេទ្យ ដែលក្រសួងសុខាភិបាលហាមឃាត់ ។

៦-មិនលក់ឱសថលាយឡំជាមួយអាជីវកម្មផ្សេងៗ ដែលក្រសួងសុខាភិបាលមិនអនុញ្ញាត ។

៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយ មិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់

​ការិយា​ល័យច្រកចេញចូលតែមួយ និង មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តឡើយ ។

៨-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និង បង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់​គណៈ​​

កម្មា​ធិ​ការ​កិច្ច ។

៩- សុខចិត្តទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ នូវរាល់បាតុភាពដែលកើតមានឡើងនៅក្នុងឱសថស្ថានរបស់ខ្លួន ។

ក្នុងករណីមិនអនុវត្តតាមគោលការណ៍នេះ យើងខ្ញុំឯកភាពឲ្យមន្ទីសុខាភិបាលខេត្ត/សាលាស្រុក

មានសិទ្ធិដកហូតអត្តសញ្ញាបណ្ណដោយស្វ័យប្រវត្ត ៕

ធ្វើនៅ...................... ថ្ងៃទី..........ខែ ........ ឆ្នាំ 20…

សាក្សីដឹងឭ ​​​​​ ស្នាមមេដៃស្ដាំម្ចាស់សេវា

ថ្ងៃទី ......... ខែ ......... ឆ្នាំ 20….

ហត្ដលេខា

\*អាស័យដ្ឋាន ឬកន្លែងធ្វើការ និងលេខទូរសព្ទ ៖

................................................................

«១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព

យើងខ្ញុំ-វេជ្ជបណ្ឌិត......................................ជាគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅផ្នែក................................................

នៃ ...............................................បានពិនិត្យសុខភាពឈ្មោះ .....................................ភេទ..........អាយុ.........ឆ្នាំ

បានឃើញ​​ថា :.............................................................................................................................................​.........................................................................................................................................................។

យើងចេញវិញ្ញាបនប័ត្រសុខភាពនេះអោយដល់សាមីខ្លួនតាមពាក្យសុំដើម្បីយកទៅបំពេញបែបបទបើកសេវា

វេជ្ជ​សាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ៕

ធ្វើនៅ ............................ថ្ងៃទី..........ខែ..................ឆ្នាំ 20...

**គ្រូពេទ្យព្យាបាល**

លេខ ៖ .....................................

បានឃើញ និង បញ្ជាក់ថា ៖

វេជ្ជៈ ........................................ពិតជា...............................

នៅអង្គភាព .................................................ពិតប្រាកដមែន

....................ថ្ងៃទី.............ខែ.................ឆ្នាំ 20..

ប្រធានអង្គភាព

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

**8**

កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងអ្នកទទួលខុសត្រូវ និងម្ចាស់ទុន

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ......................... ...... ................... ភេទ............. អាយុ............ ឆ្នាំ ជនជាតិ ........ សញ្ញាតិ................ មានទីលំនៅផ្ទះលេខ ........... ផ្លូវ............ ភូមិ.......................... ឃុំ-សង្កាត់.......................... ស្រុក-ខណ្ឌ.......................... ខេត្ត-រាជធានី.................... ជា (១)...................................... និង ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវ

បច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថានរង....ឈ្មោះ......................................... ដែលមានទីតាំងនៅផ្ទះលេខ .......... ផ្លូវ ........... ភូមិ ............................ ឃុំ ................................... ស្រុកខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្តកណ្ដាល ហៅកាត់ថា ភាគី « ក »។

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ......................... ...... ................... ភេទ............. អាយុ............ ឆ្នាំ ជនជាតិ ........ សញ្ញាតិ................ មានទីលំនៅផ្ទះលេខ ........... ផ្លូវ............ ភូមិ.......................... ឃុំ-សង្កាត់.......................... ស្រុក-ខណ្ឌ.......................... ខេត្ត-រាជធានី.................... ជាម្ចាស់បើកឱសថស្ថានមានឈ្មោះនិងទីតាំងដូចខាងលើ

ហៅកាត់ថា ភាគី « ខ »។

បានព្រមព្រៀងគ្នាដូចតទៅ ៖

**ប្រការ ១** : ភាគី « ក » ត្រូវទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថាន និង ទទួលប្រាក់ឧបត្ថមប្រចាំខែចំនួន ...............

សរសេរជាអក្សរ.............................................. ។ ក្នុងករណីភាគី«ក»ចង់លាឈប់ ត្រូវជូនដំណឹងដល់

ភាគី«ខ» ឲ្យបានបីខែមុន ។

**ប្រការ​ ២**​ : ភាគី « ក » ត្រូវមានវត្តមាននៅក្នុងអាគារលក់ឱសថតាមការកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និង ជួយផ្សព្វ

ផ្សាយ ហើយណែនាំនូវគោលការណ៍ដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងបច្ចេកទេសដល់ភាគី « ខ » មានដូចជាការរៀបចំ

ទុកដាក់ ការទិញ ការលក់ចែកចាយ និង ការប្រើប្រាស់ជាដើម ។

**ប្រការ ៣** : ភាគី « ខ » សុខចិត្តគោរពតាមការណែនាំរបស់ភាគី « ក » និង លិខិតបទដ្ឋានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធ

ទៅនឹងអាជីវកម្មឱសថ ។ ក្នុងករណីភាគី « ខ » មិនគោរពតាមការណែនាំរបស់ភាគី « ក » និង លិខិតបទដ្ឋាន

ទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធទៅនឹងអាជីវកម្មឱសថ ភាគី « ក » មានសិទ្ធិលាឈប់ពីការទទួលខុសត្រូវ

បច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថានមុនកាលកំណត់ ។

**ប្រការ​ ៤** : ភាគី « ខ » ត្រូវបង់ប្រាក់ឧបត្ថមប្រចាំខែជូនភាគី « ក » ឲ្យបានទៀងទាត់ ។ ក្នុងករណីចង់ផ្លាស់ប្ដូរអ្នកទទួល

ខុសត្រូវបច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថាន ភាគី « ខ » ត្រូវផ្ដល់ដំណឹងឲ្យដល់ភាគី « ក » ឲ្យបានបីខែមុន ។

**ប្រការ ៥** : ភាគី « ក » និង ភាគី « ខ » សុខចិត្តទទួលខុសត្រូវរួមគ្នាចំពោះមុខច្បាប់ នូវរាល់បាតុភាពដែលកើតមាន

ឡើងនៅក្នុងឱសថស្ថានរបស់ខ្លួន ។

**ប្រការ ៦** : ការដោះស្រាយវិវាទដែលកើតមានឡើងរវាងម្ចាស់ទុននិងឱសថការីឬអ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេស គឺត្រូវ

ដោះស្រាយតាមរយះគណៈឱសថការីកម្ពុជា ។

**ប្រការ ៧** : កិច្ចព្រមព្រៀងនេះមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី ............ ខែ ............ ឆ្នាំ 20.... តទៅ ៕

ធ្វើនៅ ខ្សាច់កណ្ដាល ថ្ងៃទី............ខែ ......... ឆ្នាំ 20…

សាក្សី(សមាជិកគណៈវិជ្ជជីរៈ) ស្នាមមេដៃភាគី«ខ» ​​​​​ ស្នាមមេដៃភាគី«ក»

ហត្ដលេខា

**(១)កំរិតជំនាញបច្ចេកទេស**