ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

រដ្ឋបាលស្រុក........................

ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ

លេខៈ.............................

**8**

ពាក្យសុំបើក​ បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ

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

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

សូមគោរពជូន

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

 កម្មវត្ថុ សំណើសុំ​​បើក​សេវាសុខាភិបាលឯកជនផ្នែក **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ** មួយកន្លែង

ឈ្មោះ ....................................................... ដែលមានលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង ...............................................

តាំងនៅផ្ទះលេខ ........... ផ្លូវ ............................. ភូមិ.......................................... ឃុំ......................................

ស្រុកខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្តកណ្ដាល ដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

**សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖**

* ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
* កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
* វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
* គំនូសបំព្រួញទីតាំង : ០១ច្បាប់
* លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ : ០១ច្បាប់
* បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំបើកបន្ទប់ថែទាំជំងឺ : ០១ច្បាប់
* លិខិតអនុញ្ញាតរបស់គណៈទន្តពេទ្យ : ០១ច្បាប់
* សញ្ញាបត្រថតចម្លងដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលាស្រុក​ ក្រុង ខេត្ត រាជធានី : ០១ច្បាប់
* លិខិតថ្កោលទោស”២” : ០១ច្បាប
* រូបថតទំហំ៤×៦ : ០៣សន្លឹក
* 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 **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ**  ដែលមានឈ្មោះ .......................

តាំងនៅផ្ទះលេខ .......... ផ្លូវ ........ ភូមិ ....................ឃុំ........................... ស្រុក.................. ខេត្ត...................។

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

១-គោរពអោយបានត្រឹមត្រូវនូវច្បាប់គោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។

២-គោរពវិន័យការងារ និងការចាត់តាំងរបស់ក្រសួរសុខាភិបាល ឬអ្នកដឹកនាំគ្រប់គ្រងសេវា​របស់ខ្លួន “១” ។

៣-គោរពពេលម៉ោងបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គភាពរដ្ឋនិងបម្រើ​សេវាឯកជន ពេលព្រឹកម៉ោង៥.:៣០ ដល់ម៉ោង ៧:៣០ និង ពេលល្ងាចពីម៉ោង ១៧:៣០ ដល់ម៉ោង ១៩:៣០ តែប៉ុណ្ណោះ «១» ។

៤-អនុវត្តន៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវគ្រប់បទបញ្ញតិទាំងអស់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលមានចែងអំពីក្រមសីលធម៌ ក្នុង​មុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ។

៥-មិនសហការណ៍ជាមួយជនបរទេស/មិនតាំងលក់ឱសថ និងគោរពតាមគោលការណ៍កាកសំណល់វេជ្ជសាស្រ្ត។

៦- យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍ព្យាបាលជម្ងឺមកកាន់មន្ទីរសុខាភិបាល និង សាលាស្រុកជារៀងរាល់ខែ។

៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយ មិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់​ការិយា​ល័យច្រកចេញចូលតែមួយនិងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តឡើយ។

៨- ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់​គណៈ​​កម្មា​ធិ​ការ​កិច្ច។

 ក្នុងករណីមិនអនុវត្តតាមគោលការណ៍នេះ យើងខ្ញុំឯកភាពឲ្យមន្ទីសុខាភិបាលខេត្ត/សាលាស្រុក

 មានសិទ្ធិដកហូតអត្តសញ្ញាបណ្ណដោយស្វ័យប្រវត្ត ៕

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

សាក្សីដឹងឭ ​​​​​ ស្នាមមេដៃស្ដាំម្ចាស់សេវា

ថ្ងៃទី ....... ខែ ........ ឆ្នាំ 20….

ហត្ដលេខា

អាស័យដ្ឋាន ឬ កន្លែងធ្វើការ 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............ខ........ឆ្នាំ 20..

 ប្រធានអង្គភាព

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

គំនូសបំព្រួញទីតាំង

ប្រភេទកន្លែងបើក **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ** ឈ្មោះ........................................... ស្ថិតនៅផ្ទះលេខ......... ផ្លូវ.....................................ភូមិ.........................................សង្កាត់-ឃុំ..................................................

ស្រុក ខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្ត កណ្ដាល ៕

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

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា៖

គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវហើយស្ថិត

នៅភូមិ ............................. ឃុំ..............................

ស្រុក................... ខេត្ត.................. ពិតប្រាកដមែន។

មេឃុំ ...........................’......................

គំរូស្លាកសញ្ញាបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ

 ៤៥​សម

​​ ​

បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ

* ទន្តពេទ្យ ....................................................................
* ធ្វើការនៅ......................................................................
* ទទួល លាងសម្អាត ដាក់ ដក ប៉ះ ធ្មេញ និងព្យាបាលជំងឺ មាត់ធ្មេញ ទាំងមនុស្សចាស់ និងកុមារ
* ពេលម៉ោងទទួលពិនិត្យ ៖

ព្រឹកពីម៉ោង ៥ៈ៣០ ដល់ ម៉ោង ៧ៈ៣០

ល្ងាចពីម៉ោង ១៧ៈ៣០ ដល់ ម៉ោង ១៩ៈ៣០

៥៥ សម

* កំណត់ចំណាំ : - អក្សរ និង សញ្ញាកាកបាទសរសេរ និង គូសពណ៌ខៀវទឹកប៉ិចចាស់

 -ផ្ទៃផ្លាកសញ្ញាពណ៌ស (ជ័រ)

-អ្នកទទួលខុសត្រូវបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺត្រវដកយកឯកសារទុកជាឯកសារ ផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីធ្វើ​ជាគំរូ។