

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**រដ្ឋបាលខណ្ឌ.....**  
**ការិយាល័យប្រកបចេញចូលតែមួយ**

**ពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាព បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា**

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

**សូមគោរពចូលមក**

**លោកអភិបាលនៃគណៈអភិបាលខណ្ឌ.....**

**កម្មវត្ថុ ៖** សំណើសុំបន្តសុពលភាពបើកបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា លើកទី.....

**តាមរយៈ ៖** ប្រធានការិយាល័យប្រកបចេញចូលតែមួយខណ្ឌ.....

តបតាមកម្មវត្ថុខាងលើ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំជាម្ចាស់បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ឈ្មោះ.....  
មានទីតាំងផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ភូមិ.....សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ  
ដែលមានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ/សាលាខណ្ឌបានចេញលិខិតអនុញ្ញាតច្បាប់លេខ.....  
.....ចុះថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....ផុតកំណត់ចុះថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....។  
ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំមានបំណងបន្តដំណើរការបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ដែលមានអាស័យដ្ឋានដូចខាងលើជាបន្ត  
ទៀត។

**សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវ៖**

- ពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាពបើកបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតច្បាប់លេខ.....ចុះថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១..... ០១ច្បាប់
- ដីប្រវត្តិសង្ខេបរបស់សាមីជនមានបិទរូបថត ៤ x ៦ ស.ម ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យាចំពោះមុខសាលាខណ្ឌ ០១ច្បាប់
- គំនូសបង្ហាញទីតាំងបើកបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ០១ច្បាប់
- របាយការណ៍សកម្មភាពការងារក្នុងរយៈពេលកន្លងមក និងគំរោងរៀបចំសេវាកម្មបន្ត ០១ច្បាប់
- ច្បាប់ថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលារាជធានី/ខេត្ត ០១ច្បាប់
- លិខិតបញ្ជាក់សមាជិកភាពរបស់គណៈគិលានុប្បដ្ឋាក រាជធានីភ្នំពេញ ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព ០១ច្បាប់
- រូបថតសាមីជន ទំហំ ៤ x ៦ ស.ម ០៥សន្លឹក
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ០១ច្បាប់

ពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាព បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលអនុញ្ញាតិអោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានបន្តលិខិតអនុញ្ញាតិច្បាប់បើកបន្ទប់  
ព្យាបាលដោយចលនា ដោយសេចក្តីអនុគ្រោះ ។

សូមលោកអភិបាល មេត្តាទទួលនូវសេចក្តីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១....

**ហត្ថលេខាសាមីខ្លួន**

(<sup>១</sup>)បើជាមន្ត្រីរាជការ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**ជំនួយសេវាសុខភាព**

នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន.....អក្សរឡាតាំង.....  
 ភេទ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....ថ្ងៃទីឆ្នាំកំណើត.....  
 ទីកន្លែងកំណើត.....  
 អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន ផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....  
 សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ។  
 កំរិតវប្បធម៌កាសាបរទេស.....  
 ជំនាញបច្ចេកទេស៖ សញ្ញាប័ត្របច្ចេកទេស.....ចេញឆ្នាំ.....  
 សញ្ញាប័ត្រជំនាញឯកទេស.....ចេញឆ្នាំ.....  
 រយៈពេលធ្លាប់បានធ្វើការក្នុងស្ថាប័នជំនាញរដ្ឋ ឬឯកជនក្រោយពីបានទទួលសញ្ញាប័ត្រ  
 ចំនួន.....ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ.....ដល់ឆ្នាំ.....  
 ទីកន្លែងធ្វើការបច្ចុប្បន្ន.....  
 មានមុខតំណែងជា<sup>(១)</sup>.....  
 ប្តី/ប្រពន្ធល្មោះ.....ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត.....  
 ទីកន្លែងកំណើត.....  
 មុនរបរបច្ចុប្បន្ន.....  
 មានកូនចំនួន.....នាក់ ប្រុស.....នាក់ ស្រី.....នាក់  
 ឪពុកបង្កើតឈ្មោះ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....  
 អាសយដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.....  
 ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....  
 អាសយដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.....

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

**ហត្ថលេខាសាមីខ្លួន**

**ប្រធានអង្គភាព ឬសមត្ថកិច្ចមូលដ្ឋាន**  
**ហត្ថលេខា និងត្រា**

(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

**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-យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍សកម្មភាពពិនិត្យព្យាបាលជម្ងឺជាទៀងទាត់ប្រចាំត្រីមាសជូនមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ និងសាលាខណ្ឌ.....។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្មដែលមិនមានការអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយមិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ។
- ៨-មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានអ្នកជំងឺសំរាកលើសពី ២៤ម៉ោង។
- ៩-មិនដាក់តាំងលក់ឌីស៊ីក្នុងបន្ទប់បើកសេវារបស់ខ្លួនជាដាច់ខាត។
- ១០-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់គណៈកម្មាធិការលុបបំបាត់ឌីស៊ីក្លែងក្លាយ និងសេវាសុខាភិបាលខុសច្បាប់ និងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធ

ពាក្យស្នើសុំបន្តសុពលភាព បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា  
ផ្សេងៗទៀត ។

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

**សាក្សីដើម**

**ស្ថាប័នដែលស្នើសុំបន្តសុពលភាព**

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

**ហត្ថលេខា**

**អេស៊ីយ៉ាណូ ឬកន្លែងធ្វើការ**

.....(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**លិខិតបញ្ជាក់ទីតាំង**

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

**គំនូសបំព្រួញបង្ហាញទីតាំង**

លេខ..... ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
បានឃើញ និងបញ្ជាក់ (ម្ចាស់/អ្នកគ្រប់គ្រងអាជីវកម្ម)  
គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន។

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

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**មញ្ជីត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យ បន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា**

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

..... ។

-សំណុំពាក្យស្នើសុំ ( គ្រប់គ្រាន់ត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ ) គ្មាន  មាន

**-លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកស្នើសុំ ៖**

-មានសញ្ជាតិខ្មែរ គ្មាន  មាន

-មានលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ឬក្រសួងអប់រំ  
យុវជន និងកីឡា ឬគណៈកម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លៃកម្រិតសញ្ញាប័ត្រ គ្មាន  មាន

-មានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីសមាជិកគណៈគិលានុប្បដ្ឋាកររាជធានីភ្នំពេញ គ្មាន  មាន

-មានសុខភាពគ្រប់គ្រាន់អាចបំពេញការងារនេះបាន គ្មាន  មាន

**-លក្ខណៈបច្ចេកទេស ៖**

--មានស្លាកសញ្ញាជាបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនា ត្រឹមត្រូវតាមក្រសួងសុខាភិបាលគ្មាន  មាន

-មានកន្លែងរង់ចាំទំហំយ៉ាងតិច ៨ម<sup>២</sup> និងមានកៅអី ឬសាឡុងសម្រាប់រង់ចាំ គ្មាន  មាន

-មានសៀវភៅសំរាប់កត់ត្រាជម្ងឺប្រចាំថ្ងៃ គ្មាន  មាន

-មានបន្ទប់ព្យាបាលដោយចលនាដែលមានទំហំយ៉ាងតិច ១២ម<sup>២</sup> 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.....ឆ្នាំ២០១១.....  
ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១១.....  
ប្រធានការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១១.....  
មន្ត្រីចុះត្រួតពិនិត្យ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់សុខភាព**

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

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

ខ្ញុំបានទ/នាងខ្ញុំចេញវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់សុខភាពនេះជូនដល់សាមីជន តាមពាក្យស្នើសុំ ដើម្បីយក  
ទៅបំពេញបែបបទសុំបើកសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

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

**គ្រូពេទ្យពិនិត្យសុខភាព**

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា: លោក/លោកស្រី.....

ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យកំពុងបំរើការងារនៅ.....

..  
ពិតប្រាកដមែន

**ប្រធានអង្គភាព**.....