

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

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



ពាក្យសុំបន្តសុពលភាព ឱសថស្ថានរង

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

សូមគោរពជូន

លោកអភិបាលស្រុក.....

កម្មវត្ថុ សំណើសុំ ប្តូរលិខិតអនុញ្ញាត ប្រើប្រាស់បន្តលើកទី នៃផ្នែក **ឱសថស្ថានរង.....** មួយ
កន្លែងឈ្មោះ: ដែលមានលេខទូរសព្ទទាក់ទង
តាំងនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិ..... ឃុំ..... ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល
ខេត្តកណ្តាល ដែលការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយបានចេញលិខិតអនុញ្ញាតលេខ
ចុះថ្ងៃទី ហើយត្រូវហួសកំណត់នៅថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20..... ។

ដោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងបន្តដំណើរការសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដែលមានទីតាំង
ដដែលដូចខាងលើតទៅទៀត។

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលស្រុកមេត្តាចេញលិខិតអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ប្រើប្រាស់ជាបន្តទៅ ទៀត
តាមសំណើដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖

- ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យឱសថស្ថានរង : ០១ច្បាប់
- កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងអ្នកទទួលខុសត្រូវនិងម្ចាស់ឱសថស្ថាន : ០១ច្បាប់
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំ : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតចាស់ លេខ ចុះថ្ងៃទី : ០១ច្បាប់
- លិខិតថ្កោលទោស"២" : ០១ច្បាប់
- រូបថតទំហំ៤x៦ : ០១សន្លឹក
- រូបថតទីតាំងបើកទំហំ១៥x២០ថតចំពីមុខ : ០១សន្លឹក

សូមលោកអភិបាលស្រុកខ្សាច់កណ្តាល មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ។

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

ហត្ថលេខា

* ១ * បើជាមន្ត្រីរាជការ
* ២ * ចំពោះអ្នកដែលគ្មានក្របខណ្ឌរដ្ឋ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

<p>រូបថត</p> <p>4 x 6</p>

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

ប្រទានអង្គភាព «១» ឬសមត្ថកិច្ចមូលដ្ឋាន «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 **ឱសថស្ថានរង**..... ដែលមានឈ្មោះ :
តាំងនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិឃុំ..... ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ។

សូមសន្យាចំពោះលោកអភិបាលស្រុក.....

- ១-គោរពអោយបានត្រឹមត្រូវនូវច្បាប់គោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។
- ២-គោរពអនុវត្តតាមក្រឹត្យច្បាប់ដែលមានជាធរមានរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ពិសេសលិខិតបទដ្ឋានដែលទាក់ទង
នឹងអាជីវកម្មឱសថ ។
- ៣-មានវត្តមាននៅក្នុងឱសថស្ថានរងតាមកាលកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ។
- ៤-មិនលក់បំបែកទូកូចៗ ដែលមានម្ចាស់ច្រើន ។
- ៥-មិនលក់ឱសថ-បរិក្ខារពេទ្យក្លែងក្លាយ អន់គុណភាព ឬ ខូចគុណភាព គ្មានទិដ្ឋការ ឬ គ្មានបញ្ជីកា និង
ឱសថ-បរិក្ខារពេទ្យ ដែលក្រសួងសុខាភិបាលហាមឃាត់ ។
- ៦-មិនលក់ឱសថលាយឡំជាមួយអាជីវកម្មផ្សេងៗ ដែលក្រសួងសុខាភិបាលមិនអនុញ្ញាត ។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយ មិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់
ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ និង មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តឡើយ ។
- ៨-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និង បង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់គណៈ
កម្មាធិការកិច្ច ។
- ៩- សុខចិត្តទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ នូវរាល់បាតុភាពដែលកើតមានឡើងនៅក្នុងឱសថស្ថានរបស់ខ្លួន ។

ក្នុងករណីមិនអនុវត្តតាមគោលការណ៍នេះ យើងខ្ញុំឯកភាពឲ្យមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត/សាលាស្រុក
មានសិទ្ធិដកហូតអត្តសញ្ញាប័ណ្ណដោយស្វ័យប្រវត្ត ។

ធ្វើនៅ..... ថ្ងៃទី.....ខែ ឆ្នាំ 20...

សាក្សីដ៏ខ្លាច

ស្ថាបមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20....

ហត្ថលេខា

*អាស័យដ្ឋាន ឬកន្លែងធ្វើការ និងលេខទូរសព្ទ ៖

.....
«១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព

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

យើងចេញវិញ្ញាបនបត្រសុខភាពនេះអោយដល់សាមីខ្លួនតាមពាក្យសុំដើម្បីយកទៅបំពេញបែបបទបើកសេវា
វេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

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

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

ប្រធានអង្គភាព

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងអ្នកទទួលខុសត្រូវ និងម្ចាស់ទុន

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ:..... ភេទ..... អាយុ..... ឆ្នាំ ជនជាតិ សញ្ជាតិ..... មានទីលំនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ..... ភូមិ..... ឃុំ-សង្កាត់..... ស្រុក-ខណ្ឌ..... ខេត្ត-រាជធានី..... ជា (១)..... និង ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថានរង...ឈ្មោះ:..... ដែលមានទីតាំងនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិ ឃុំ ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ហៅកាត់ថា ភាគី « ក » ។

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ:..... ភេទ..... អាយុ..... ឆ្នាំ ជនជាតិ សញ្ជាតិ..... មានទីលំនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ..... ភូមិ..... ឃុំ-សង្កាត់..... ស្រុក-ខណ្ឌ..... ខេត្ត-រាជធានី..... ជាម្ចាស់បើកឱសថស្ថានមានឈ្មោះ:និងទីតាំងដូចខាងលើ ហៅកាត់ថា ភាគី « ខ » ។

បានព្រមព្រៀងគ្នាដូចតទៅ ៖

ប្រការ ១ : ភាគី « ក » ត្រូវទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថាន និង ទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែចំនួន សរសេរជាអក្សរ..... ។ ក្នុងករណីភាគី«ក»ចង់លាឈប់ ត្រូវជូនដំណឹងដល់ ភាគី«ខ» ឲ្យបានបីខែមុន ។

ប្រការ ២ : ភាគី « ក » ត្រូវមានវត្តមាននៅក្នុងអាគារលក់ឱសថតាមការកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល និង ជួយផ្សព្វផ្សាយ ហើយណែនាំនូវគោលការណ៍ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបច្ចេកទេសដល់ភាគី « ខ » មានដូចជាការរៀបចំទុកដាក់ ការទិញ ការលក់ចែកចាយ និង ការប្រើប្រាស់ជាដើម ។

ប្រការ ៣ : ភាគី « ខ » សុខចិត្តគោរពតាមការណែនាំរបស់ភាគី « ក » និង លិខិតបទដ្ឋានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មឱសថ ។ ក្នុងករណីភាគី « ខ » មិនគោរពតាមការណែនាំរបស់ភាគី « ក » និង លិខិតបទដ្ឋានទាំងឡាយណាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងអាជីវកម្មឱសថ ភាគី « ក » មានសិទ្ធិលាឈប់ពីការទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថានមុនកាលកំណត់ ។

ប្រការ ៤ : ភាគី « ខ » ត្រូវបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភប្រចាំខែជូនភាគី « ក » ឲ្យបានទៀងទាត់ ។ ក្នុងករណីចង់ផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសក្នុងឱសថស្ថាន ភាគី « ខ » ត្រូវផ្តល់ដំណឹងឲ្យដល់ភាគី « ក » ឲ្យបានបីខែមុន ។

ប្រការ ៥ : ភាគី « ក » និង ភាគី « ខ » សុខចិត្តទទួលខុសត្រូវរួមគ្នាចំពោះមុខច្បាប់ នូវរាល់បាតុភាពដែលកើតមានឡើងនៅក្នុងឱសថស្ថានរបស់ខ្លួន ។

ប្រការ ៦ : ការដោះស្រាយវិវាទដែលកើតមានឡើងរវាងម្ចាស់ទុននិងឱសថការីអ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេស គឺត្រូវដោះស្រាយតាមរយៈគណៈឱសថការីកម្ពុជា ។

ប្រការ ៧ : កិច្ចព្រមព្រៀងនេះមានប្រសិទ្ធភាពចាប់ពីថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20.... តទៅ ។
ធ្វើនៅ ខ្សាច់កណ្តាល ថ្ងៃទី.....ខែ ឆ្នាំ 20...

សាក្សី(សមាជិកគណៈវិជ្ជជីវៈ)**ស្នាមមេដៃភាគី«ខ»****ស្នាមមេដៃភាគី«ក»**

ហត្ថលេខា