ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

រដ្ឋបាលស្រុក.......................

ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ

លេខៈ.............................

**8**

ពាក្យសុំបើក​ ឱសថស្ថានរង

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

សព្វថ្ងៃធ្វើការនៅ ...................................................................... មានមុខតំណែងជា “១” ................................

ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នផ្ទះ........................................................................................................................................។

សូមគោរពជូន

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

 កម្មវត្ថុ សំណើសុំ​​បើក​សេវាសុខាភិបាលឯកជនផ្នែក **ឱសថស្ថានរង « ក »**​ មួយកន្លែង

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

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

ស្រុកខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្តកណ្ដាល ដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

**សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖**

* ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
* កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
* វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
* លិខិតអនុញ្ញាតដាក់ទីតាំងឱសថស្ថាននៅមូលដ្ឋាន : ០១ច្បាប់
* គំនូសបំព្រួញទីតាំង : ០១ច្បាប់
* លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យឱសថស្ថានរង : ០១ច្បាប់
* កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងឱសថការីទទួលខុសត្រូវនិងម្ចាស់ឱសថស្ថាន : ០១ច្បាប់
* បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំ : ០១ច្បាប់
* សញ្ញាបត្រថតចម្លងដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលាស្រុក​ ក្រុង ខេត្ត រាជធានី : ០១ច្បាប់
* លិខិតអនុញ្ញាតរបស់គណៈឱសថការី : 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

-នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន: ............................................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........................... ស្រុក...................... ខេត្ត................... ។

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

 ប្រធានអង្គភាព

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

**8**

ពាក្យសុំអនុញ្ញាតដាក់ទីតាំងឱសថស្ថានរង

 **ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ ........................................ ភេទ ............. មានថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត ........................**

**ជាឱសថការីមធ្យម ជំនាន់ទី ......... មានទីលំនៅសព្វថ្ងៃ ផ្ទះលេខ ............ ផ្លូវ .............. ភូមិ........................ ឃុំ-សង្កាត់ ................................. ស្រុក-ខណ្ឌ ................................. ខេត្ត -រាជធានី ..................... ។**

**សូមគោរពជូន**

**មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ ...............................**

កម្មវត្ថុ **សំណើសុំអនុញ្ញាតដាក់ទីតាំងឱសថស្ថានរងឈ្មោះ ................................................ មានទីតាំងនៅ**

 **ផ្ទះលេខ ....... ផ្លូវ ........ ភូមិ....................... ឃុំ ........................ ស្រុកខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្តកណ្ដាល ។**

យោង **ប្រកាសលេខ ១៥៥ អបស /ឱអបស ចុះថ្ងៃទី ២១ ខែ មិនា ឆ្នាំ ២០០០ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ស្ដីពី**

 **ការកែសម្រួល ប្រកាសលេខ ៩៣៧ សនបឱ ចុះថ្ងៃទី ០៦ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ១៩៩៦ ស្ដីពីបែបបទ និង**

 **លក្ខខណ្ឌក្នុងការសុំបើកឬបិទ ប្ដូរទីតាំងនៃគ្រឹះស្ថានលក់ឱសថ ។**

 **តបតាមកម្មវត្ថុ និង​ យោងខាងលើ សូមលោក-លោកស្រី មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ មេត្តាអនុញ្ញាតឲ្យ**

**ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ បានដាក់ទីតាំងឱសថស្ថានរងខាងលើដោយអនុគ្រោះ ។**

**សូមលោក-លោកស្រី មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ៕**

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

ហត្ថលេខា

**លេខៈ.....................**

**បានឃើញ និងបញ្ជូនមក**

**លោក-លោកស្រីមេឃុំ-ចៅសង្កាត់**

**មេត្តាពិនិត្យនិងសម្រេចដោយក្ដីអនុគ្រោះ ។**

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

មេភូមិ **...........................**

**លេខៈ...................**

**បានឃើញ និង ឯកភាព**

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

មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ **.........................**

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

គំនូសបំព្រួញទីតាំង

ប្រភេទកន្លែងបើក **ឱសថស្ថានរង « ក »** ឈ្មោះ................................ ............... ស្ថិតនៅផ្ទះលេខ............... ផ្លូវ.....................................ភូមិ.........................................សង្កាត់-ឃុំ..................................................

ស្រុក ខ្សាច់កណ្ដាល ខេត្ត កណ្ដាល ៕

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

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា៖

គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវហើយស្ថិត

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

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

មេឃុំ ...........................................

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា​ ព្រះមហាក្សត្រ

**8**

កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងឱសថការីទទួលខុសត្រូវ 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(សមាជិកគណៈឱសថការី**)** ស្នាមមេដៃភាគី«ខ» ​​​​​ ស្នាមមេដៃភាគី«ក»

ហត្ដលេខា

**(១)កំរិតជំនាញបច្ចេកទេស**