

រាជធានីភ្នំពេញ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**រដ្ឋបាលខណ្ឌ.....
ការិយាល័យប្រកបចេញចូលតែមួយ**

ពាក្យស្នើសុំបើក (បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ)

នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....អក្សរឡាតាំង.....កេ ទ.....អាយុ.....
ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....កំរិតជំនាញបច្ចេកទេស.....ជំនាន់ទី.....
នៃគ្រឹះស្ថានសិក្សា.....មុខរបរសព្វថ្ងៃ.....
មុខតំណែងជា^(១).....អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....
ក្រុមទី.....ភូមិ.....សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ។

សូមគោរពចូលមក

លោកអភិបាលនៃគណៈអភិបាលខណ្ឌ.....

កម្មវត្ថុ ៖ សំណើសុំអនុញ្ញាតច្បាប់បើក បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ មួយកន្លែងឈ្មោះ.....
.....មានទីតាំងស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។

តាមរយៈ ៖ ប្រធានការិយាល័យប្រកបចេញចូលតែមួយខណ្ឌ.....

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវ៖

- ពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ០១ច្បាប់
- ដីប្រវត្តិសង្ខេបរបស់សាមីជនមានបិទរូបថត ៤x៦ ស.ម ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យាចំពោះមុខសាលាខណ្ឌ ០១ច្បាប់
- គំនូសបង្ហាញទីតាំងដែលមានបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរសង្កាត់ ០១ច្បាប់
- ច្បាប់ថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលារាជធានី/ខេត្ត ០១ច្បាប់
- លិខិតបញ្ជាក់សមាជិកភាពរបស់គណៈធួបរាជធានីភ្នំពេញ ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព ០១ច្បាប់
- លក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ០១ច្បាប់
- រូបថតសាមីជន ទំហំ ៤x៦ ស.ម ០៥សន្លឹក
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ០១ច្បាប់

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលអនុញ្ញាតិច្បាប់អោយនាងខ្ញុំ បានបើក **បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ**
មួយកន្លែងដែលមានឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានដូចខាងលើ ដោយសេចក្តីអនុគ្រោះ ។

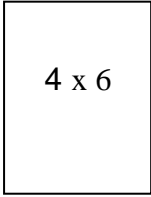
សូមលោកអភិបាល មេត្តាទទួលនូវសេចក្តីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីនាងខ្ញុំ ។

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

ហត្ថលេខាសាមីជន

(^១)បើជាមន្ត្រីរាជការ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**



ដីចម្រុះក្តីសង្ខេប

នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន.....អក្សរឡាតាំង.....
 ភេទ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....ថ្ងៃទីឆ្នាំកំណើត.....
 ទីកន្លែងកំណើត.....
 អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន ផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....
 សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ។
 កំរិតវប្បធម៌ភាសាបរទេស.....
 ជំនាញបច្ចេកទេស៖ សញ្ញាប័ត្របច្ចេកទេស.....ចេញឆ្នាំ.....
 សញ្ញាប័ត្រជំនាញឯកទេស.....ចេញឆ្នាំ.....
 រយៈពេលធ្លាប់បានធ្វើការងារក្នុងស្ថាប័នជំនាញរដ្ឋ ឬឯកជនក្រោយពីបានទទួលសញ្ញាប័ត្រ
 ចំនួន.....ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ.....ដល់ឆ្នាំ.....
 ទីកន្លែងធ្វើការបច្ចុប្បន្ន.....
 មានមុខតំណែងជា^(១).....
 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 ឬសមាជិកមូលដ្ឋាន
ហត្ថលេខា និងត្រា**

^(១)បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

កិច្ចសន្យា

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-គោរពពេលវេលាបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គការពរដ្ឋ និងបំរើសេវាសុខាភិបាលឯកជន។
 - ពេលព្រឹក៖ ចាប់ពីម៉ោង៥:៣០នាទី ដល់ម៉ោង៧:៣០នាទី ។
 - ពេលល្ងាច៖ ចាប់ពីម៉ោង១៧:៣០នាទី ដល់ម៉ោង១៩:៣០នាទី។
- ៤-អនុវត្តអោយបានត្រឹមត្រូវរាល់បទបញ្ញត្តិនានារបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានចែងអំពីក្រមសីលធម៌ ក្នុងមុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ ។
- ៥-មិនសហការជាមួយគ្រូពេទ្យបរទេស និងគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការទុកដាក់សំណង់វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ៦-យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍សកម្មភាពពិនិត្យព្យាបាលជម្ងឺទាក់ទងទៅប្រចាំត្រីមាសជូនមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ និងសាលាខណ្ឌ.....។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្មដែលមិនមានការអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយមិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ។
- ៨-មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានអ្នកជំងឺសំរាកលើសពី ២៤ម៉ោង។
- ៩-មិនដាក់តាំងលក់ឌីស៊ីក្នុងបន្ទប់បើកសេវារបស់ខ្លួនជាដាច់ខាត។
- ១០-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់គណៈកម្មាធិការលុបបំបាត់ឌីស៊ីក្លែងក្លាយ និងសេវាសុខាភិបាលខុសច្បាប់ និងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធ

ពាក្យស្នើសុំបើក (បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ)

ផ្សេងៗទៀត ។

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

សាក្សីដឹង

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

ហត្ថលេខា

ស្ថាប័នដៃស្ត្រីម្ចាស់សេវា

អេស័យដ្ឋាន ឬកន្លែងធ្វើការ

.....(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

លិខិតបញ្ជាក់ទីតាំង

បេស.....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 បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ

យោង ៖ -ព្រះរាជក្រម នស/រកម ១១០០/១០ ចុះថ្ងៃទី០៣ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០០
-ប្រកាសលេខ ០៣៤ អបស/មព ចុះថ្ងៃទី ០៤ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១១ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល
ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....ក្រុមការងារគ្រប់គ្រងសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ

បានចុះត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យរបស់ បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ របស់លោកស្រី.....
-សំណុំពាក្យស្នើសុំ (គ្រប់គ្រាន់ត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់) គ្មាន មាន

-លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកស្នើសុំ ៖

- មានសញ្ជាតិខ្មែរ គ្មាន មាន
- មានលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ឬក្រសួងអប់រំ យុវជន និងកីឡា ឬគណៈកម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លៃកម្រិតសញ្ញាប័ត្រ គ្មាន មាន
- មានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីសមាជិកគណៈឆ្នុប រាជធានីភ្នំពេញ គ្មាន មាន
- មានសុខភាពគ្រប់គ្រាន់អាចបំពេញការងារនេះបាន គ្មាន មាន

-លក្ខណៈបច្ចេកទេស ៖

- មានស្លាកសញ្ញាជាបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះត្រឹមត្រូវតាមក្រសួងសុខាភិបាល គ្មាន មាន
- មានកន្លែងរង់ចាំទំហំយ៉ាងតិច ៨ម^២ និងមានកៅអី ឬសាឡុងសម្រាប់រង់ចាំ គ្មាន មាន
- មានសៀវភៅសំរាប់កត់ត្រាសកម្មភាពពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះប្រចាំថ្ងៃ គ្មាន មាន
- មានបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានទំហំយ៉ាងតិច ១២ម^២ គ្មាន មាន
- មានគ្រែយ៉ាងច្រើនបំផុតចំនួន២ សម្រាប់ធ្វើការពិគ្រោះ និងថែទាំស្ត្រីផ្ទៃពោះ គ្មាន មាន
- មានតារាងតម្លៃព្យាបាលជម្ងឺ គ្មាន មាន
- មានឡាវ៉ាបូ និងសប៊ូសម្រាប់លាងដៃ (បើមាន) គ្មាន មាន
- មានឧបករណ៍រំងាប់មេរោគ គ្មាន មាន
- មានធុងសំរាម និងកន្ត្រៃ គ្មាន មាន
- មានប្រអប់សុវត្ថិភាពសម្រាប់ដាក់វត្ថុមុតស្រួច និងធុងសំណល់វេជ្ជសាស្ត្រ គ្មាន មាន
- មានទូចំនួន១ ដាក់ឌីសថ និងមានបរិក្ខារពេទ្យក្នុងបន្ទប់ពិគ្រោះ សមស្រប គ្មាន មាន
- សំភារៈបរិក្ខារពេទ្យ សម្រាប់បំរើអោយសកម្មភាពរំលូត និងសម្រាលកូន គ្មាន មាន
- ដាក់តាំងលក់ឌីសថក្នុងបន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ គ្មាន មាន

យោលបល់៖.....

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....	ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....	ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....
ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី	ប្រធានការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ	មន្ត្រីចុះត្រួតពិនិត្យ

ពាក្យស្នើសុំបើក (បន្ទប់ពិគ្រោះស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ)

**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.....