ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

រដ្ឋបាលខណ្ឌ..........................

ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

ពាក្យស្នើសុំបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ....................................................អក្សរឡាតាំង.........................................

ភេទ.............អាយុ.................ជនជាតិ...................សញ្ជាតិ...............កំរិតជំនាញបច្ចេកទេស..................

ជំនាន់ទី..............នៃគ្រឹះស្ថានសិក្សា...................................................................................................

មុខរបរសព្វថ្ងៃ.................................................មុខតំណែងជា(១)........................................................

អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ...................ផ្លូវ..............................................ក្រុមទី............ភូមិ...............

សង្កាត់.................................................ខណ្ឌ............................................រាជធានីភ្នំពេញ ។

សូមគោរពចូលមក

លោកអភិបាលនៃគណៈអភិបាលខណ្ឌ.........................

 កម្មវត្ថុ៖ សំណើសុំអនុញ្ញាតច្បាប់បើក ***បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ*** មួយកន្លែងឈ្មោះ...........

មានទីតាំងស្ថិតនៅផ្ទះលេខ...........ផ្លូវ.........................................ក្រុមទី............ភូមិ...............................

សង្កាត់.................................................ខណ្ឌ........................................................រាជធានីភ្នំពេញ ។

 តាមរយៈ ៖ ប្រធានការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយខណ្ឌ..................................................

 សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវៈ

* ពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធេ្មញ ០១ច្បាប់
* ជីវប្រវត្តិសង្ខេបរបស់សាមីជនមានបិទរូបថត ៤ x ៦ ស.ម ០១ច្បាប់
* កិច្ចសន្យាចំពោះសាលាខណ្ឌ ០១ច្បាប់
* គំនូសបង្ហាញទីតាំងដែលមានបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរសង្កាត់ ០១ច្បាប់
* ច្បាប់ថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលារាជធានី/ខេត្ត ០១ច្បាប់
* លិខិតបញ្ជាក់សមាជិកភាពរបស់គណៈគិលានុប្បដ្ឋាន រាជធានីភ្នំពេញ ០១ច្បាប់
* វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព ០១ច្បាប់
* លក្ខខ័ណ្ឌវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ ០១ច្បាប់
* រូបថតសាមីជន ទំហំ ៤ x ៦ ស.ម ០៥សន្លឺក
* បង្កាន់ដៃទទួលពាក្យស្នើសុំបើកពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ ០១ច្បាប់

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលអនុញញាតច្បាប់អោយខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំបានបើក***បន្ទប់​ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ*** មួយកន្លែដែលមានឈ្មោះ និងអាស័យដ្ឋានដូចខាងលើ ដោយ​សេចក្តីអនុគ្រោះ ។

 សូមលោកអភិបាល ទទួលនូវសេចក្តីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។

(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

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

ហត្ថលេខាសាមីជន

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

4 x 6

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

ជីវប្រវត្តិសង្ខេប

នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន..........................................អក្សរឡាតាំង.............................................

ភេទ.............ជនជាតិ.................សញ្ជាតិ........................ថ្ងៃទីឆ្នាំកំណើត..............................................

ទីកន្លែងកំណើត...............................................................................................................................

អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន ផ្ទះលេខ..............ផ្លូវ...............................ក្រុមទី..............ភូមិ................................

សង្កាត់..........................................ខណ្ឌ..............................................រាជធានីភ្នំពេញ។

កំរិតវប្បធម៌ភាសាបរទេស..................................................................................................................

ជំនាញបច្ចេកទេស៖ សញ្ញាប័ត្របច្ចេកទេស.......................................................ចេញឆ្នាំ....................

 សញ្ញាប័ត្រជំនាញឯកទេស.................................................ចេញឆ្នាំ....................

រយៈពេលធ្លាប់បានធ្វើការងារក្នុងស្ថាប័នជំនាញរដ្ឋ ឬឯកជនក្រោយពីបានទទួលសញ្ញាប័ត្រ

ចំនួន.....................................ឆ្នាំ ពីឆ្នាំ...........................ដល់ឆ្នាំ..............................

ទីកន្លែងធ្វើការបច្ចុប្បន្ន......................................................................................................................

មានមុខតំណែងជា(១).......................................................................................................................

ប្តី/ប្រពន្ធឈ្មោះ..............................................................ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត............................................

ទីកន្លែងកំណើត...............................................................................................................................

មុនរបរបច្ចុប្បន្ន................................................................................................................................

មានកូនចំនួន.....................នាក់ ប្រុស......................នាក់ ស្រី.........................នាក់

ឳពុកបង្កើតឈ្មោះ...........................................អាយុ.............ឆ្នាំ ជនជាតិ..............សញ្ញាតិ................

អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.........................................................................................................

ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ...........................................អាយុ.............ឆ្នាំ ជនជាតិ..............សញ្ញាតិ................

អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.........................................................................................................

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

ហត្ថលេខាសាមីជន ​ ​ ​ ​ ​

ប្រធានអង្គភាព ឬសមត្ថកិច្ចមូលដ្ឋាន

ហត្ថលេខា និងត្រា

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

កិច្ចសន្យា

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ......................................អក្សរឡាតាំង......................................ភេទ.........អាយុ......

ឆ្នាំ...............ជនជាតិ.................សញ្ញាតិ.............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-គោរពពេលវេលាបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គភាពរដ្ឋ និងបំរើសេវាសុខាភិបាលឯកជន។

 -ពេលព្រឹក៖ ចាប់ពីម៉ោង៥:៣០នាទី ដល់ម៉ោង៧:៣០នាទី ។

 -ពេលល្ងាច៖ ចាប់ពីម៉ោង១៧:៣០នាទី ដល់ម៉ោង១៩:៣០នាទី។

៤-អនុវត្តអោយបានត្រឹមត្រូវរាល់បទបញ្ញាតិនានារបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានចែងអំពីក្រមសី

លធម៌ ក្នុងមុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ ។

៥-មិនសហការជាមួយគ្រូពេទ្យបរទេស និងគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការទុកដាក់សំណង់

វេជ្ជសាស្រ្ត។

៦-យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍សកម្មភាពពិនិត្យព្យាបាលជម្ងឺជាទៀងទាត់ប្រចាំត្រីមាសជូនមន្ទីរសុ

ខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ និងសាលាខណ្ឌ..............................។

៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្មដែលមិនមានការអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល ឬធ្វើអោយមាន

បាតុភាពណាមួយមិនសមស្របផ្ទុយនិងការណែនាំរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ។

៨-មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានអ្នកជំងឺសំរាកលើសពី ២៤ម៉ោង។

៩-មិនដាក់តាំងលក់ឳសថក្នុងបន្ទប់បើកសេវារបស់ខ្លួនជាដាច់ខាត។

១០-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្ករលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់

គណៈកម្មាធិការលុបបំបាត់ឳសថក្លែងក្លាយ និងសេវាសុខាភិបាលខុសច្បាប់ និងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធ

ផ្សេងៗទៀត ។

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

ស្មាមមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា ​ ​ ​ ​ ​ ​

សាក្សីដឹងលឺ

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

ហត្ថលេខា

អាស័យដ្ឋាន ឬកន្លែងធ្វើការ

.................................................(១)បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

លិខិតបញ្ជាក់ទីតាំង

របស់.....................................ឈ្មោះអាជីវកម្ម....................................................................

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

**គំនូសបំព្រួញបង្ហាញទីតាំង**

លេខ................................

បានឃើញ និងបញ្ជាក់

គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន។

ថ្ងៃទី..........ខែ.........ឆ្នាំ..........

**មេឃុំ/ចៅសង្កាត់**

ថ្ងៃទី..........ខែ.............ឆ្នាំ............

**(ម្ចាស់/អ្នកគ្រប់គ្រងអាជីវកម្ម)**

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

បញ្ជីត្រួតពិនិត្យលក្ខខ័ណ្ឌវិនិច្ឆ័យ បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ឆ្មេញ

យោង ៖ -ព្រះរាជក្រម នស/រកម ១១០០/១០ ចុះថ្ងៃទី០៣ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០០

 -ប្រកាសលេខ ០៣៤ អបស/មព ចុះថ្ងៃទី ០៤ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១១ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល

ថ្ងៃទី......ខែ......ឆ្នាំ២០១...ក្រុមការងារគ្រប់គ្រងសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ

បានចុះត្រួតពិនិត្យលក្ខខ័ណ្ឌវិនិច្ឆ័យរបស់ បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធេ្មញ របស់​លោក​/លោកស្រី..............

 -សំណុំពាក្យស្នើសុំ (គ្រប់គ្រាន់ត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់) គ្មាន មាន

 **-លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកស្នើសុំ ៖**

 -មានសញ្ញាតិខ្មែរ គ្មាន មាន

-មានលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ឬក្រសួង​អប់​រំ​យុ​វជន​ និងកីឡា ឬគណៈកម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លែកម្រិតសញ្ញាប័ត្រ គ្មាន មាន

-មានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីសមាជិកគណៈទន្តពេទ្យ រាជធានីភ្នំពេញ គ្មាន មាន

-មានសុខភាពគ្រប់គ្រាន់អាចបំពេញការងារនេះបាន គ្មាន មាន

 **-លក្ខណៈបច្ចេកទេស ៖**

 -មានស្លាកសញ្ញាជាបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញត្រឹមត្រូវតាមក្រសួងសុខាភិបាលគ្មាន មាន

 -មានកន្លែងរង់ចាំទំហំយ៉ាងតូច ៨ម២ និងមានកៅអី ឬសាឡុងសម្រាប់រង់ចាំ គ្មាន មាន

 -មានសៀវភៅសំរាប់កត់ត្រាជម្ងឺប្រចាំថ្ងៃ គ្មាន មាន

 -មានបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញដែលមានទំហំយ៉ាងតូច ១២ម២ គ្មាន មាន

 -មានកៅអីធ្មេញចំនួន១ដោយមានពន្លឺអគ្គីសនីបំភ្លឺគ្រប់គ្រាន់ និងមានទឺកស្អាតខ្ពល់មាត់ គ្មាន មាន

 -មានបន្ទប់ចាក់ពុម្ពធ្មេញសមរម្យ គ្មាន មាន

 -មានកាំរស្មី X ថតធ្មេញខ្នាតតូចដោយរៀបចំសមរម្យតាមលក្ខណៈបច្ចេកទេស គ្មាន មាន

-មានតារាងតម្លៃព្យាបាលជម្ងឺ គ្មាន មាន

 -មានឡាវ៉ាបូ និងសប៊ូសម្រាប់លាងដៃ (បើមាន) គ្មាន មាន

 -មានឧបករណ៍រំងាប់មេរោគ គ្មាន មាន

 -មានធុងសំរាម និងកន្ថោរ គ្មាន មាន

 -មានប្រអប់សុវត្ថិភាពសម្រាប់ដាក់វត្ថុមុតស្រួច និងធុងសំណល់វេជ្ជសាស្រ្ត គ្មាន មាន

 -មានទូចំនួន១ ដាក់ឳសថ និងមានបរិក្ខាពេទ្យក្នុងបន្ទប់មាត់-ធ្មេញសមស្រប គ្មាន មាន

 -ដាក់តាំងលក់ឳសថក្នុងបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ គ្មាន មាន

យោលបល់៖...............................................................................................................................

ថ្ងៃទី....ខែ......ឆ្នាំ២០១...... ថ្ងៃទី....ខែ......ឆ្នាំ២០១...... ថ្ងៃទី....ខែ......ឆ្នាំ២០១....

**ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី ប្រធានការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ត្រីចុះត្រួតពិនិត្យ**

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

3

វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំឈ្មោះ...................................................................ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យបំរើការងារ

នៅផ្នែក....................................................................នៃ..................................................................

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

 ខ្ញុំបានទ/នាងខ្ញុំចេញវិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាពនេះជូនដល់សាម៉ីជន តាមពាក្យស្នើសុំ ដើម្បីយក​ទៅបំពេញបែបបទសុំបើកសេវាវេជ្ជសាស្រ្ត អមវេជ្ជសាស្រ្ត និងជំនួយវេជ្ជសាស្រ្តឯកជនរបស់ខ្លួន ។

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

គ្រូពេទ្យពិនិត្យសុខភាព ​ ​ ​ ​ ​ ​

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថាៈ លោក/លោកស្រី.........................

ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យកំពុងបំរើការងារនៅ...........................

ពិតប្រាកដមែន

ប្រធានអង្គភាព................................