

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

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



**ពាក្យសុំបើក ឱសថស្ថានរង**

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

**សូមគោរពជូន**  
**លោកអភិបាលស្រុក.....**

**កម្មវត្ថុ** សំណើសុំបើកសេវាសុខាភិបាលឯកជនផ្នែក **ឱសថស្ថានរង « ក »** មួយកន្លែង  
ឈ្មោះ: ..... ដែលមានលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង .....  
តាំងនៅផ្ទះលេខ ..... ផ្លូវ ..... ភូមិ..... ឃុំ.....  
ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល 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" : ០១ច្បាប់
- រូបថតទំហំ៤x៦ : ០៣សន្លឹក
- រូបថតទីតាំងបើកទំហំ១៥x២០ថតចម្លង : ០១សន្លឹក

សូមលោកអភិបាលស្រុកខ្សាច់កណ្តាល មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ។

ធ្វើនៅ.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ20...  
**ហត្ថលេខា**

\* ១ \* បើជាមន្ត្រីរាជការ  
\* ២ \* ចំពោះអ្នកដែលគ្មានក្របខណ្ឌរដ្ឋ

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

រូបថត
4 x 6

**ជីវប្រវត្តិសង្ខេប**

- នាមត្រកូល និងនាមខ្លួន: .....អក្សរឡាតាំង..... ភេទ.....  
     អាយុ..... ឆ្នាំ ជាតិ..... សញ្ជាតិ..... កាន់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណលេខ ..... ។
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត : .....
- ទីកន្លែងកំណើត : .....
- អាស័យដ្ឋានសព្វថ្ងៃ : ផ្ទះលេខ..... ផ្លូវ..... ភូមិ..... ឃុំ/សង្កាត់.....  
     ស្រុក/ខណ្ឌ..... ខេត្ត/រាជធានី..... ទូរសព្ទទំនាក់ទំនង ..... ។
- កំរិតវប្បធម៌បរទេស : .....
- បច្ចេកទេសជំនាញ : សញ្ញាបត្របច្ចេកទេស .....នៅឆ្នាំ.....  
     : សញ្ញាបត្រជំនាញឯកទេស .....នៅឆ្នាំ.....
- 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 ..... ភូមិ .....ឃុំ..... ស្រុក..... ខេត្ត..... ។

**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...

**សាក្សីដ៏ខ្លី**

**ស្ថាបមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា**

ថ្ងៃទី ..... ខែ ..... ឆ្នាំ 20...

**ហត្ថលេខា**

\*អាស័យដ្ឋាន ឬ កន្លែងធ្វើការ និងលេខទូរសព្ទ៖

.....

«១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

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



**វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព**

យើងខ្ញុំ-វេជ្ជបណ្ឌិត.....ជាគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅផ្នែក.....  
នៃ .....បានពិនិត្យសុខភាពឈ្មោះ: .....ភេទ.....អាយុ.....ឆ្នាំ  
បានឃើញថា :.....  
..... ។

យើងចេញវិញ្ញាបនបត្រសុខភាពនេះអោយដល់សាមីខ្លួនតាមពាក្យសុំដើម្បីយកទៅបំពេញបែបបទបើកសេវា  
វេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

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

លេខ : .....

បានឃើញ និង បញ្ជាក់ថា :

វេជ្ជ: .....ពិតជា.....

នៅអង្គភាព .....ពិតប្រាកដមែន

.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ 20..

**ប្រធានអង្គភាព**

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

**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..... ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ។

**យោង** ប្រកាសលេខ ១៥៥ អបស/ឱអបស ចុះថ្ងៃទី ២១ ខែ មីនា ឆ្នាំ ២០០០ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ស្តីពី  
ការកែសម្រួល ប្រកាសលេខ ៩៣៧ សនបឱ ចុះថ្ងៃទី ០៦ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ១៩៩៦ ស្តីពីបែបបទ និង  
លក្ខខណ្ឌក្នុងការសុំបើកប្រតិបត្តិ ប្តូរទីតាំងនៃគ្រឹះស្ថានលក់ឱសថ ។

តបតាមកម្មវត្ថុ និង យោងខាងលើ សូមលោក-លោកស្រី មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ មេត្តាអនុញ្ញាតឱ្យ  
ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ បានដាក់ទីតាំងឱសថស្ថានរងខាងលើដោយអនុគ្រោះ ។

សូមលោក-លោកស្រី មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ មេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ ។  
ថ្ងៃទី ..... ខែ ..... ឆ្នាំ 20....

**ហត្ថលេខា**

លេខ:.....  
បានឃើញ និង ឯកភាព  
ថ្ងៃទី ..... ខែ ..... ឆ្នាំ 20....  
មេឃុំ-ចៅសង្កាត់ .....

លេខ:.....  
បានឃើញ និងបញ្ជូនមក  
លោក-លោកស្រីមេឃុំ-ចៅសង្កាត់  
មេត្តាពិនិត្យនិងសម្រេចដោយក្តីអនុគ្រោះ ។  
ថ្ងៃទី ..... ខែ ..... ឆ្នាំ 20....  
មេត្តមិ .....

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



**គំនូសបំព្រួញទីតាំង**

ប្រភេទកន្លែងបើក ឱសថស្ថានរង « ក » ឈ្មោះ:..... ស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....  
ផ្លូវ.....ភូមិ.....សង្កាត់-ឃុំ.....  
ស្រុក ខ្សាច់កណ្តាល ខេត្ត កណ្តាល ។

លេខ ៖ .....

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា៖

គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវហើយស្ថិត  
នៅភូមិ ..... ឃុំ.....

ស្រុក..... ខេត្ត..... ពិតប្រាកដមែន។

**មេឃុំ** .....

