

រដ្ឋបាលខណ្ឌ.....

ការិយាល័យប្រកបេញ្ញាចូលតែមួយ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ពាក្យសុំអនុញ្ញាតបន្តអាជីវកម្មឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ)

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ:.....កេ ទ.....កើតថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
ជាគ្រូពេទ្យចូលនិវត្តន៍ គិលានុបដ្ឋាកចូលនិវត្តន៍ រួមបម្រុងចូលនិវត្តន៍ ឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង ជំនាន់ទី.....
បច្ចុប្បន្នបំរើការងារនៅ.....
មានទីតាំងនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។
ទូរស័ព្ទលេខ.....ជាអ្នកទទួលខុសត្រូវឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ).....
មានទីតាំងផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។

សូមគោរពជូន

លោកអភិបាលនៃគណៈអភិបាលខណ្ឌ.....

តាមរយៈ ៖ លោកប្រធានការិយាល័យប្រកបេញ្ញាចូលតែមួយ

កម្មវត្ថុ ៖ សំណើសុំប្តូរលិខិតអនុញ្ញាតបន្តអាជីវកម្មឌី ។

អនុលោមតាមសេចក្តីជូនដំណឹងលេខ៤៧៦អបស/ឱអបស ចុះថ្ងៃទី០៦ ខែ០៧ ឆ្នាំ២០០០របស់
ក្រសួងសុខាភិបាល និងកម្មវត្ថុដូចបានដំរាបជូនខាងលើសូមលោកអភិបាលមេត្តាផ្តល់លិខិតអនុញ្ញាតបន្ត
អាជីវកម្មឌីដល់ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំដោយក្តីអនុគ្រោះ។

សូមលោកអភិបាលមេត្តាទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់ពីខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំ។

សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយនូវ ៖

- លិខិតអនុញ្ញាតបើកឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ)ច្បាប់ដើម ០១សន្លឹក
- រូបថត ៤ x ៦ របស់សាមីខ្លួនថតចំពីមុខ ០៥សន្លឹក
- រូបថតទីតាំងឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ)ថតចំពីមុខ ០២សន្លឹក
- គំនូសបំព្រួញទីតាំងឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ) ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យាពាក់ព័ន្ធនឹងការអនុវត្តច្បាប់ក្នុងឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ) ០១សន្លឹក
- លក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យក្នុងការបន្តសុពលភាពឌីស៊ីប៊ីស៊ីស្ថានរង(ខ) ០១ច្បាប់

ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ហត្ថលេខា

បានឃើញ និងគោរពជូនមក

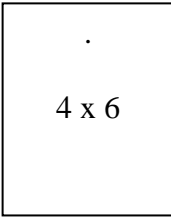
លោកអភិបាលខណ្ឌ

ដើម្បីមេត្តាពិនិត្យ និងសម្រេចដោយអនុគ្រោះ

ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ប្រធានការិយាល័យប្រកបេញ្ញាចូលតែមួយ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



ប្រវត្តិរូបសង្ខេប

១.គោត្តនាម និងនាម.....កេង.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....

២.ថ្ងៃ-ខែឆ្នាំកំណើត.....ទីកន្លែងកំណើត.....

៣.អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ

៤.កម្រិតវប្បធម៌ជាតិ:.....កម្រិតវប្បធម៌បរទេស.....

៥.បច្ចេកទេសជំនាញ.....

៦.ទីកន្លែងធ្វើការបច្ចុប្បន្ន.....

៧.ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំចូលបម្រើការងារ.....ឋានន្តរស័ក្តិថ្នាក់បច្ចុប្បន្ន.....

៨.ប្រវត្តិការងារ: ពីឆ្នាំ ១៩.....ដល់ឆ្នាំ ១៩.....ធ្វើការនៅ.....

ពីឆ្នាំ ១៩.....ដល់ឆ្នាំ ១៩.....ធ្វើការនៅ.....

ពីឆ្នាំ ១៩.....ដល់ឆ្នាំ ២០.....ធ្វើការនៅ.....

ពីឆ្នាំ ២០.....ដល់ឆ្នាំ ២០.....ធ្វើការនៅ.....

៩.ឈ្មោះប្រពន្ធឬប្តី.....ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត.....ចំនួនកូនប្រុស.....នាក់ ស្រី.....នាក់

១០.ឪពុកបង្កើតឈ្មោះ:.....ឆ្នាំកំណើត.....មុខរបរ.....

១១.ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ:.....ឆ្នាំកំណើត.....មុខរបរ.....

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា ការសរសេររៀបរាប់ក្នុងប្រវត្តិរូបនេះពិតជាត្រឹមត្រូវឥតមានក្លែងបន្លំឡើយ បើមានចំណុចណាមួយខុសពីការពិតខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំសូមទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ជាធរមាន។

ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០.....

ស្នាមមេដៃស្តាំ

បានឃើញ និង ឯកភាព

ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០.....

ប្រធានអង្គភាព ឬ សមត្ថកិច្ចមូលដ្ឋាន(ចៅសង្កាត់)

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.....
(ម្ចាស់/អ្នកគ្រប់គ្រងអាជីវកម្ម)

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
មេឃុំ/ចៅសង្កាត់

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

កិច្ចសន្យា

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ:.....ភេទ.....កើតថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
ជា.....ទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសនិងឈ្មោះ:.....ភេទ.....
ជាម្ចាស់ឌីសថស្ថានរង.....មានទីតាំងផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ។

សូមធ្វើកិច្ចសន្យាចំពោះលោកភិបាលខណ្ឌច្បារអំពៅដូចតទៅ៖

១. មិនតាំងលក់ ចែកចាយឌីសថគ្មានបិទលក់ត្រូវ ឌីសថហួសកាលប្រើប្រាស់ ឌីសថក្រសួងសុខាភិបាល ហាមឃាត់ និង លក់តែឌីសថតាមបញ្ជីដែលក្រសួងបានកំណត់ចំពោះឌីសថស្ថានរង(ក)និង(ខ)។
២. គោរព និងអនុវត្តតាមច្បាប់លិខិតបទដ្ឋានដែលទាក់ទងនឹងអាជីវកម្មឌីសថ ។
៣. អ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសឌីសថស្ថានរងត្រូវមានវត្តមាននៅក្នុងម៉ោងធ្វើអាជីវកម្ម ។
៤. មិនធ្វើការពិនិត្យព្យាបាលជម្ងឺ និងប្រកបអាជីវកម្មផ្សេងទៀតក្នុងឌីសថស្ថានរង ។
៥. មុនពេលអស់សុពលភាពរយៈពេលបី(៣)ខែ ត្រូវមកដាក់ពាក់សុំបន្តសុពលភាពជាថ្មី ក្នុងករណីទុករហូត អស់សុពលភាព ហើយនៅតែបន្តអាជីវកម្មត្រូវចាត់ទុកជាកន្លែងលក់ឌីសថគ្មានច្បាប់ ករណីចង់បន្តអាជីវកម្ម ត្រូវបំពេញបែបបទសុំបើកឌីសថស្ថានរងជាថ្មី។
៦. សុខចិត្តឲ្យភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យឌីសថរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញចូលត្រួតពិនិត្យរាល់ម៉ោងធ្វើ អាជីវកម្ម និងគោរពតាមការណែនាំលើចំណុចខុសឆ្គងដែលភ្នាក់ងារបានពិនិត្យឃើញ ។
៧. រាល់សំណុំឯកសារដែលបំពេញក្នុងការស្នើសុំលិខិតអនុញ្ញាត ពិតជាច្បាស់លាស់ ត្រឹមត្រូវ និងមិនមានការ ក្លែងបន្លំ។
៨. ក្នុងករណីដែលខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំមិនគោរពតាមកិច្ចសន្យាខាងលើនេះ ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំសុខចិត្តឲ្យលោកភិបាល ខណ្ឌដកហូតលិខិតអនុញ្ញាតវិញ (ដោយចេញសេចក្តីសម្រេចបិទឌីសថស្ថានរង) និងទទួលខុសត្រូវចំពោះ មុខច្បាប់ជាធរមាន។

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ស្នាមមេដៃស្តាំអ្នកទទួល
ខុសត្រូវឌីសថស្ថានរង

ស្នាមមេដៃស្តាំម្ចាស់
ឌីសថស្ថានរង

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា

លោក/លោកស្រី.....

និងលោក/លោកស្រី.....ពិតជាបាន

ផ្តិតមេដៃនៅចំពោះមុខភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យពិតប្រាកដមែន។

ភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យឌីសថ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

កិច្ចព្រមព្រៀងរវាងឱសថការីមធ្យម
គិលានុបដ្ឋាក-គិលានុបដ្ឋាយិកា និងម្ចាស់ដើមទុន

ខ្ញុំបាទ-នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....ជា.....ជំនាន់ទី.....កេ ១.....
កើតថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....ទីលំនៅបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ.....ផ្លូវលេខ.....
សង្កាត់.....ស្រុក/ខណ្ឌ.....ខេត្ត/ក្រុង.....
បំរើការងារនៅ.....ហៅកាត់ភាគី (ក)

ជាមួយ និង

ឈ្មោះ.....កេ ១.....កើតថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
ជាម្ចាស់ទុននៃឱសថរង.....ទីលំនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវលេខ.....
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ហៅកាត់ភាគី (ខ) ។

បានព្រមព្រៀងដូចខាងក្រោម៖

ប្រការ ១-ភាគី (ក) ទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេសឱសថស្ថានរង.....ដែលជា
កម្មសិទ្ធិរបស់ភាគី (ខ) ដែលមានទីតាំងផ្ទះលេខ.....ផ្លូវលេខ.....សង្កាត់.....
ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ដោយទទួលបៀវត្សប្រចាំខែចំនួន.....\$
ក្នុងករណីចង់លាយបំបែកជូនដំណឹងដល់ភាគី (ខ) ឱ្យបានមុន ៣ (បី) ខែ ។

ប្រការ ២-ភាគី (ក) ត្រូវមានវត្តមាននៅក្នុងឱសថស្ថានរងតាមការកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល
ឱសថនិង អនុវត្តតាមបទបញ្ញត្តិដែលមានជាធរមាន ពិសេសលិខិតបទដ្ឋានដែលទាក់ទង
អាជីវកម្មឱសថ

ប្រការ ៣-ភាគី (ខ) សុខចិត្តគោរពតាមការណែនាំក្នុងការអនុវត្តច្បាប់ បទបញ្ញត្តិ ដែលមានជាធរមាន
និងលិខិតបទដ្ឋានដែលទាក់ទងនឹងអាជីវកម្មឱសថស្ថានរងជា ពាក់អាវុធច្បាប់ឱសថស្ថាន
ឱ្យមានអនាម័យ លក់តែឱសថតាមបញ្ជីកំណត់ដោយក្រសួងសុខាភិបាលចំពោះឱសថស្ថាន
រង (ក) និង (ខ) ជាដើម ។

មិនលក់:

- ឱសថគ្មានទិដ្ឋាការ-បញ្ជីកា
 - ឱសថស្ថិតកំណត់កាលប្រើប្រាស់ ឱសថក្លែងក្លាយ ឱសថអន់គុណភាព
 - ឱសថហាមឃាត់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល
 - មិនប្រកបអាជីវកម្មឱសថជាមួយអាជីវកម្មផ្សេងទៀត
- ភាគី (ខ) ត្រូវបង់ប្រាក់ប្រចាំខែជូនភាគី (ក) ឱ្យបានទៀងទាត់ ក្នុងករណីភាគី (ខ) មិនផ្តល់ប្រាក់

របៀវត្សតាមកិច្ចព្រមព្រៀងនេះភាគី(ខ)ត្រូវទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ការងារ ក្នុងករណី ចង់ឈប់ប្រកបអាជីវកម្ម ឬចង់ផ្លាស់ប្តូរអ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេស ភាគី(ខ)ត្រូវជូន ដំណឹងទៅភាគី(ក)ជាមុនឲ្យបាន៣(បី)ខែ។

ប្រការ ៤-ភាគី(ក) និង ភាគី(ខ)សុខចិត្តទទួលខុសត្រូវរួមគ្នាចំពោះមុខច្បាប់រាល់បាតុភាពដែលបាន កើតឡើងក្នុងឱសថស្ថានរងរបស់ខ្លួន ។

ប្រការ ៥-កិច្ចព្រមព្រៀងនេះមានប្រសិទ្ធិភាពចាប់ពីថ្ងៃទី.....រហូតដល់ថ្ងៃទី..... កិច្ចព្រមព្រៀងនេះបានធ្វើឡើងដោយមានការសន្យាពីភាគីទាំងពីរថា គោរពប្រតិបត្តិតាមកិច្ច សន្យាឲ្យបានម៉ឺងម៉ាត់ ក្រែងពុំប្រាកដភាគីទាំងពីរ សុខចិត្តផ្តិតមេដៃស្តាំទុកជាចំណាំដូចខាង ក្រោម។

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០.....

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០.....

ភាគី(ក)

ភាគី(ខ)

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

បញ្ជីសម្រាប់ការចុះត្រួតពិនិត្យ លក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យ និងតាយតម្លៃ
ក្នុងការបន្តសុពលភាពឱសថរង(ខ)

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០....ក្រុមភ្នាក់ងារត្រួតពិនិត្យឱសថមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ បានចុះត្រួតពិនិត្យ
លក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យឱសថស្ថានរង(ខ) ឈ្មោះ:.....ដែលមានអ្នកទទួលខុសត្រូវ បច្ចេកទេស
ឈ្មោះ:.....ភេទ.....សញ្ជាតិ.....កើតថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....
ជា: ឱសថមធ្យមយោធា គ្រូពេទ្យចូលនិវត្តន៍ គិលានុប្បដ្ឋាកចូលនិវត្តន៍ ធូបមធ្យមចូលនិវត្តន៍
ទូរស័ព្ទលេខ.....ម្ចាស់ទុនឈ្មោះ:.....ភេទ.....សញ្ជាតិ.....
កើតថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....ទូរស័ព្ទលេខ.....។

ក-លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេស:

-មានសុខភាពល្អអាចបំពេញការងារបាន មាន គ្មាន

ខ-ត្រួតពិនិត្យការរៀបចំគ្រឹះស្ថានលក់ឱសថ:

- ១-ការផ្ទៀងផ្ទាត់រូបថតឱសថស្ថានរង(ក) ជាមួយរូបជាក់ស្តែង ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ
- ២-លក្ខណៈអនាម័យខាងក្រៅ ល្អ មធ្យម អន់
- ៣-លក្ខណៈអនាម័យខាងក្នុង ល្អ មធ្យម អន់
- ៤-ស្លាកយីហោឱសថស្ថានរង មាន គ្មាន សមស្រប មិនសមស្រប
- ៥-ទូរស័ព្ទ មាន គ្មាន សមស្រប មិនសមស្រប
- ៦-ទូរតាំង មាន គ្មាន សមស្រប មិនសមស្រប
- ៧-ទំហំគ្រឹះស្ថានលក់ឱសថស្ថានរងម៉ែត្រ xម៉ែត្រ
- ៨-ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ មាន គ្មាន
- ៩-ទូរទឹកកក មាន គ្មាន
- ១០-ឧបករណ៍ត្រួតពិនិត្យសីតុណ្ហភាព មាន គ្មាន
- ១១-ឧបករណ៍ពន្លត់អគ្គីភ័យ មាន គ្មាន
- ១២-ច្រកសុវត្ថិភាព មាន គ្មាន

គ-ត្រួតពិនិត្យគ្រប់គ្រង:

- ១-វិក័យប័ត្រទិញ មាន គ្មាន
- ២-វិក័យប័ត្រលក់ មាន គ្មាន
- ៣-សៀវភៅស្រង់វេជ្ជបញ្ជា មាន គ្មាន
- ៤-ឱសថគ្មានបិទលក់ប័ត្រ មាន.....មុខ គ្មាន

ពាក្យសុំអនុញ្ញាតបន្តអាជីវកម្មឌីសថស្ថានរង(ខ)

៥-ឱសថផុតកំណត់ប្រើប្រាស់ មាន.....មុខ គ្មាន

៦-ឱសថក្លែងក្លាយ មាន គ្មាន

៧-ឱសថសង្ស័យ មាន គ្មាន

៨-ការលក់ឱសថត្រឹមត្រូវតាមបញ្ជីកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាលចំពោះឱសថស្ថានរង (ក)

ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ

៩-អជីវកម្មផ្សេង ៗ មាន គ្មាន

១០-វត្តមានអ្នកទទួលខុសត្រូវ

- ពេលចុះត្រួតពិនិត្យ មាន គ្មាន

- សួរអ្នកលក់ ៖ រាល់ថ្ងៃ រាល់ ២-៣ថ្ងៃ រាល់អាទិត្យ រាល់ ២ អាទិត្យ

ឬ លើសពីនេះ ?

១១-អាវ Blouse មាន គ្មាន

១២-ការទុកដាក់ឯកសារ(បច្ចេកទេស) មាន គ្មាន

១៣-ការរៀបចំទុកដាក់ឱសថ(តាមក្បួនខ្នាតឱសថ) សមស្រប មិនសមស្រប

១៤-លក្ខណៈឯកសារ(វិក័យប័ត្រ) សមស្រប មិនសមស្រប

១៥-បញ្ជាក់ឈ្មោះ និងរបៀបប្រើឱសថ មាន គ្មាន

១៦-ផ្តល់ព័ត៌មានទាក់ទង និងការប្រើឱសថ មាន គ្មាន

១៧-ប្រដាប់រាប់ឱសថគ្រាប់ មាន គ្មាន

១៨-ការយល់ដឹងអំពីបញ្ហានៃភាពសុវត្ថិភាពឱសថ យល់ដឹង មិនយល់ដឹង

១៩-វិធានការកំទេចឱសថខុចគុណភាព ត្រឹមត្រូវ មិនត្រឹមត្រូវ

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១....

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១....

ទទួលខុសត្រូវបច្ចេកទេស

ម្ចាស់ទុន

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១....

បានឃើញ និង បញ្ជាក់ថាឈ្មោះ

.....និង.....

ពិតជាបានផ្តិតមេដៃនៅចំពោះមុខយើងខ្ញុំពិតប្រាកដមែន ។

ត្រាវត្រាតពិនិត្យ

យោបល់.....

រាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១....

ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ