

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

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



**ពាក្យសុំបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ**

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

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

**កម្មវត្ថុ** សំណើសុំបើកសេវាសុខាភិបាលឯកជនផ្នែក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ មួយកន្លែង  
ឈ្មោះ: ..... ដែលមានលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង .....  
តាំងនៅផ្ទះលេខ ..... ផ្លូវ ..... ភូមិ..... ឃុំ.....  
ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

**សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖**

- ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
- គំនូសបំព្រួញទីតាំង : ០១ច្បាប់
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ : ០១ច្បាប់
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំបើកបន្ទប់ថែទាំជំងឺ : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតរបស់គណៈទន្តពេទ្យ : ០១ច្បាប់
- សញ្ញាបត្រថតចម្លងដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលាស្រុក ក្រុង ខេត្ត រាជធានី : 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**

-នាមត្រកូលនិងនាមខ្លួន: .....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**

**ប្រធានអង្គភាព «១» ឬសមាជិកច្បាប់រដ្ឋបាល «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 **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ** ដែលមានឈ្មោះ .....  
តាំងនៅផ្ទះលេខ ..... ផ្លូវ ..... ភូមិ ..... ឃុំ..... ស្រុក..... ខេត្ត.....។

**សូមសន្យាចំពោះលោកអភិបាលស្រុក.....**

- ១-គោរពអោយបានត្រឹមត្រូវនូវច្បាប់គោលការណ៍ និងសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់រាជរដ្ឋាភិបាល។
- ២-គោរពវិន័យការងារ និងការចាត់តាំងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ឬអ្នកដឹកនាំគ្រប់គ្រងសេវារបស់ខ្លួន “១” ។
- ៣-គោរពពេលម៉ោងបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គការរដ្ឋនិងបម្រើសេវាឯកជន ពេលព្រឹកម៉ោង៥:៣០ ដល់  
ម៉ោង ៧:៣០ និង ពេលល្ងាចពីម៉ោង ១៧:៣០ ដល់ម៉ោង ១៩:៣០ តែប៉ុណ្ណោះ «១» ។
- ៤-អនុវត្តន៍ឱ្យបានត្រឹមត្រូវគ្រប់បទបញ្ញត្តិទាំងអស់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដែលមានចែងអំពីក្រមសីលធម៌  
ក្នុងមុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ។
- ៥-មិនសហការណ៍ជាមួយជនបរទេស/មិនតាំងលក់ឱសថ និងគោរពតាមគោលការណ៍កាកសំណល់វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ៦- យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍ព្យាបាលជម្ងឺមកកាន់មន្ទីរសុខាភិបាល និង សាលាស្រុកជារៀងរាល់ខែ។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្ម ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយ មិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់  
ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយនិងមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្តឡើយ។
- ៨- ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់គណៈកម្មា  
ធិការកិច្ច។

ក្នុងករណីមិនអនុវត្តតាមគោលការណ៍នេះ យើងខ្ញុំឯកភាពឱ្យមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត/សាលាស្រុក  
មានសិទ្ធិដកហូតអត្តសញ្ញាប័ណ្ណដោយស្វ័យប្រវត្ត ។

ធ្វើនៅ .....ថ្ងៃទី.....ខែ ..... ឆ្នាំ 20...

**សាក្សីដ៏ឧត្ត**

**ស្នាមមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា**

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.....ខ.....ឆ្នាំ 20..

**ប្រធានអង្គភាព**

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

**គំនូសបំព្រួញទឹកតាំង**

ប្រភេទកន្លែងបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់ធ្មេញ ឈ្មោះ..... ស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....  
ផ្លូវ.....ភូមិ.....សង្កាត់-ឃុំ.....

ស្រុក ខ្សាច់កណ្តាល ខេត្ត កណ្តាល ។

លេខ ៖ .....

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា៖

គំនូសបំព្រួញទឹកតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវហើយស្ថិត



នៅភូមិ ..... ឃុំ.....

ស្រុក..... ខេត្ត..... ពិតប្រាកដមែន។

**មេឃុំ** .....

# កម្ពុជាសញ្ញាបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ

៤៥សម

## បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ

- ទទួលបាន.....
- ធ្វើការសេវា.....
- ទទួលបានលាងសម្អាត ដាក់ ជក ប៉ះ ធ្មេញ និង ព្យាបាលជំងឺ មាត់ធ្មេញ ទាំងមនុស្សចាស់ និងកុមារ
- ពេលវេលាទទួលពិនិត្យ ៖
 

ព្រឹកពីម៉ោង	៥:៣០ ដល់ ម៉ោង ៧:៣០
ល្ងាចពីម៉ោង	១៧:៣០ ដល់ ម៉ោង ១៩:៣០

៥៥ សម

- កំណត់ចំណាំ :
  - អក្សរ និង សញ្ញាកាកបាទសរសេរ និង គូសពណ៌ខៀវទឹកបិទចាស់
  - ផ្ទៃផ្លាកសញ្ញាពណ៌ស (ជ័រ)
  - អ្នកទទួលខុសត្រូវបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺត្រូវដកយកឯកសារទុកជាឯកសារផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីធ្វើជាកំរូ។