

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

រដ្ឋបាលស្រុក.....

ការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយ

លេខ :.....

**ពាក្យសុំបន្តសុពលភាព បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ**

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

**សូមគោរពជូន**

**លោកអភិបាលស្រុកខ្សាច់កណ្តាល**

**កម្មវត្ថុ** សំណើសុំ ប្តូរលិខិតអនុញ្ញាត ប្រើប្រាស់បន្តលើកទី ..... នៃផ្នែក បន្ទប់ព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ  
មួយកន្លែងឈ្មោះ : ..... តាំងនៅផ្ទះលេខ ..... ផ្លូវ ..... ភូមិ.....  
ឃុំ..... ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ដែលការិយាល័យច្រកចេញចូលតែមួយបានចេញ  
លិខិតអនុញ្ញាតលេខ ..... ចុះថ្ងៃទី ..... ហើយត្រូវហួសកំណត់នៅ  
ថ្ងៃទី ..... ខែ ..... ឆ្នាំ 20..... ។ ដោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មានបំណងបន្តដំណើរការសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់  
ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ដែលមានទីតាំងដដែលដូចខាងលើតទៅទៀត។

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលស្រុកមេត្តាចេញលិខិតអនុញ្ញាតឲ្យខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ប្រើប្រាស់ជាបន្តទៅ  
ទៀតតាមសំណើដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

**សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖**

- ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺមាត់-ធ្មេញ : ០១ច្បាប់
- របាយការណ៍ស្តីពីសកម្មភាពសេវាកម្មរយៈពេល ៣ ឆ្នាំ : ០១ច្បាប់
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំបើកបន្ទប់ថែទាំជំងឺ : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតរបស់គណៈទន្តពេទ្យ : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតចាស់ លេខ ..... ចុះថ្ងៃទី ..... : ០១ច្បាប់
- លិខិតថ្កោលទោស"២" : ០១ច្បាប់
- រូបថតទំហំ៤x៦ : ០១សន្លឹក
- រូបថតទំហំ១៥x២០ចតមពីមុខ : 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»ឬសមាជិកច្បាប់ប្រជាជន«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..... ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ។

**សូមសន្យាចំពោះលោកអភិបាលស្រុកខ្សាច់កណ្តាល**

- 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.....ខែ.....ឆ្នាំ 20..

**ប្រធានអង្គភាព**