

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

រដ្ឋបាលខណ្ឌ.....

ការិយាល័យប្រកបចេញចូលតែមួយ

**ពាក្យស្នើសុំបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ**

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....អក្សរឡាតាំង.....  
ភេទ.....អាយុ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....កំរិតជំនាញបច្ចេកទេស.....  
ជំនាន់ទី.....នៃគ្រឹះស្ថានសិក្សា.....  
មុខរបរសព្វថ្ងៃ.....មុខតំណែងជា<sup>(១)</sup>.....  
អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្នផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....  
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។

**សូមគោរពចូលមក**

**លោកអភិបាលនៃគណៈអភិបាលខណ្ឌ.....**

**កម្មវត្ថុ:** សំណើសុំអនុញ្ញាតច្បាប់បើក **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ** មួយកន្លែងឈ្មោះ.....  
មានទីតាំងស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....ផ្លូវ.....ក្រុមទី.....ភូមិ.....  
សង្កាត់.....ខណ្ឌ.....រាជធានីភ្នំពេញ ។

**តាមរយៈ** ៖ ប្រធានការិយាល័យប្រកបចេញចូលតែមួយខណ្ឌ.....

**សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវ:**

- ពាក្យស្នើសុំបើកបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ ០១ច្បាប់
- ដីប្រវត្តិសង្ខេបរបស់សាមីជនមានបិទរូបថត ៤ x ៦ ស.ម ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យាចំពោះសាលាខណ្ឌ ០១ច្បាប់
- គំនូសបង្ហាញទីតាំងដែលមានបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរសង្កាត់ ០១ច្បាប់
- ច្បាប់ថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលមានបញ្ជាក់ពីសាលារាជធានី/ខេត្ត ០១ច្បាប់
- លិខិតបញ្ជាក់សមាជិកភាពរបស់គណៈគិលានុប្បវដ្ឋាន រាជធានីភ្នំពេញ ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនប័ត្របញ្ជាក់សុខភាព ០១ច្បាប់
- លក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ ០១ច្បាប់
- រូបថតសាមីជន ទំហំ ៤ x ៦ ស.ម ០៥សន្លឹក
- បង្កាន់ដៃទទួលពាក្យស្នើសុំបើកពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ ០១ច្បាប់

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមលោកអភិបាលអនុញ្ញាតច្បាប់អោយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបាទបើក **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ** មួយកន្លែងដែលមានឈ្មោះ និងអាស័យដ្ឋានដូចខាងលើ ដោយសេចក្តីអនុគ្រោះ ។

ពាក្យស្នើសុំបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ

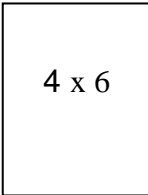
សូមលោកអភិបាល ទទួលនូវសេចក្តីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ។

(១) បើជាមន្ត្រីរាជការ

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

**ហត្ថលេខាសាមីខ្លួន**

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



**ដីប្រវត្តិសង្ខេប**

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<sup>(១)</sup>.....

ប្តី/ប្រពន្ធល្មោះ.....ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត.....

ទីកន្លែងកំណើត.....

មុនរបបបច្ចុប្បន្ន.....

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

ឪពុកបង្កើតឈ្មោះ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....

អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.....

ម្តាយបង្កើតឈ្មោះ.....អាយុ.....ឆ្នាំ ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....

អាស័យដ្ឋាន និងមុខរបរបច្ចុប្បន្ន.....

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

**ហត្ថលេខាសាមីខ្លួន**

**ប្រធានអង្គភាព ឬសមាជិកវិទ្ធកម្មសម្រាប់**  
**ហត្ថលេខា និងត្រា**

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

(១) មើលជាមន្ត្រីពិសេស **កិច្ចសន្យា**

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....អក្សរឡាតាំង.....ភេទ.....អាយុ.....  
ឆ្នាំ.....ជនជាតិ.....សញ្ជាតិ.....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-គោរពពេលវេលាបំរើការងារប្រចាំថ្ងៃតាមអង្គការរដ្ឋ និងបំរើសេវាសុខាភិបាលឯកជន។
  - ពេលព្រឹក៖ ចាប់ពីម៉ោង៥:៣០នាទី ដល់ម៉ោង៧:៣០នាទី ។
  - ពេលល្ងាច៖ ចាប់ពីម៉ោង១៧:៣០នាទី ដល់ម៉ោង១៩:៣០នាទី។
- ៤-អនុវត្តអោយបានត្រឹមត្រូវរាល់បទបញ្ញត្តិនានារបស់ក្រសួងសុខាភិបាលដែលមានចែងអំពីក្រមសីលធម៌ ក្នុងមុខវិជ្ជាជីវៈរបស់គ្រូពេទ្យ ។
- ៥-មិនសហការជាមួយគ្រូពេទ្យបរទេស និងគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំស្តីពីការទុកដាក់សំណង់វេជ្ជសាស្ត្រ។
- ៦-យល់ព្រមបញ្ជូនរបាយការណ៍សកម្មភាពពិនិត្យព្យាបាលជម្ងឺជាទៀងទាត់ប្រចាំត្រីមាសជូនមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ និងសាលាខណ្ឌ..... ។
- ៧-មិនធ្វើការផ្សព្វផ្សាយពាណិជ្ជកម្មដែលមិនមានការអនុញ្ញាតពីក្រសួងសុខាភិបាល ឬធ្វើអោយមានបាតុភាពណាមួយមិនសមស្របផ្ទុយនឹងការណែនាំរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ។
- ៨-មិនអនុញ្ញាតឲ្យមានអ្នកជំងឺសំរាកលើសពី ២៤ម៉ោង។
- ៩-មិនដាក់តាំងលក់ឌីស៊ីប៊ីបន្ទប់បើកសេវារបស់ខ្លួនជាដាច់ខាត។
- ១០-ត្រៀមលក្ខណៈទទួល និងបង្កលក្ខណៈងាយស្រួលដល់គ្រប់សកម្មភាពការងារត្រួតពិនិត្យរបស់

ពាក្យស្នើសុំបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ

គណៈកម្មាធិការលុបបំបាត់ឱសថក្លែងក្លាយ និងសេវាសុខាភិបាលខុសច្បាប់ និងផ្នែកជំនាញពាក់ព័ន្ធ  
ផ្សេងៗទៀត ។

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

**សាក្សីដើម**

**ស្ថាប័នមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា**

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

**ហត្ថលេខា**

**អោស័យដ្ឋាន 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.....  
(ម្ចាស់/អ្នកគ្រប់គ្រងអាជីវកម្ម)

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

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

**មញ្ជីត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យ បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ**

**យោង ៖** -ព្រះរាជក្រម នស/រកម ១១០០/១០ ចុះថ្ងៃទី០៣ ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ២០០០  
-ប្រកាសលេខ ០៣៤ អបស/មព ចុះថ្ងៃទី ០៤ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០១១ របស់ក្រសួងសុខាភិបាល  
ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១...ក្រុមការងារគ្រប់គ្រងសេវាសុខាភិបាលឯកជនរបស់មន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានីភ្នំពេញ  
បានចុះត្រួតពិនិត្យលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យរបស់ បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ របស់លោក/លោកស្រី.....

-សំណុំពាក្យស្នើសុំ ( គ្រប់គ្រាន់ត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ ) គ្មាន  មាន

**-លក្ខណៈសម្បត្តិអ្នកស្នើសុំ ៖**

- មានសញ្ជាតិខ្មែរ គ្មាន  មាន
- មានលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា/សញ្ញាប័ត្រដែលទទួលស្គាល់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ឬក្រសួងអប់រំយុវជន និងកីឡា ឬគណៈកម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លៃកម្រិតសញ្ញាប័ត្រ គ្មាន  មាន
- មានចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីសមាជិកគណៈទន្តពេទ្យ រាជធានីភ្នំពេញ គ្មាន  មាន
- មានសុខភាពគ្រប់គ្រាន់អាចបំពេញការងារនេះបាន គ្មាន  មាន

**-លក្ខណៈបច្ចេកទេស ៖**

- មានស្លាកសញ្ញាជាបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញត្រឹមត្រូវតាមក្រសួងសុខាភិបាលគ្មាន  មាន
- មានកន្លែងរង់ចាំទំហំយ៉ាងតិច ៨ម<sup>២</sup> និងមានកៅអី ឬសាឡុងសម្រាប់រង់ចាំ គ្មាន  មាន
- មានសៀវភៅសំរាប់កត់ត្រាជម្ងឺប្រចាំថ្ងៃ គ្មាន  មាន
- មានបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញដែលមានទំហំយ៉ាងតិច ១២ម<sup>២</sup> គ្មាន  មាន
- មានកៅអីធ្មេញចំនួន១ដោយមានពន្លឺអគ្គិសនីបំភ្លឺគ្រប់គ្រាន់ និងមានទឹកស្អាតខ្ពស់មាត់គ្មាន  មាន
- មានបន្ទប់ចាក់ពុម្ពធ្មេញសមរម្យ គ្មាន  មាន
- មានកាំរស្មី X ថតធ្មេញខ្នាតតូចដោយរៀបចំសមរម្យតាមលក្ខណៈបច្ចេកទេស គ្មាន  មាន
- មានតារាងតម្លៃព្យាបាលជម្ងឺ គ្មាន  មាន
- មានឡាវ៉ាបូ និងសប៊ូសម្រាប់លាងដៃ ( បើមាន ) គ្មាន  មាន
- មានឧបករណ៍រំងាប់មេរោគ គ្មាន  មាន
- មានធុងសំរាម និងកន្ត្រៃ គ្មាន  មាន
- មានប្រអប់សុវត្ថិភាពសម្រាប់ដាក់វត្ថុមុតស្រួច និងធុងសំណល់វេជ្ជសាស្ត្រ គ្មាន  មាន
- មានទូចំនួន១ ដាក់ឌីសថ និងមានបរិក្ខារពេទ្យក្នុងបន្ទប់មាត់-ធ្មេញសមស្រប គ្មាន  មាន
- ដាក់តាំងលក់ឌីសថក្នុងបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺមាត់-ធ្មេញ គ្មាន  មាន

យោលបល់៖.....

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....	ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....	ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០១.....
ប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី	ប្រធានការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ	មន្ត្រីចុះត្រួតពិនិត្យ

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់សុខភាព**

ខ្ញុំបាន/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យបំរើការងារ  
នៅផ្នែក.....នៃ.....

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

ខ្ញុំបានទ/នាងខ្ញុំចេញវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់សុខភាពនេះជូនដល់សាមីជន តាមពាក្យស្នើសុំ ដើម្បីយក  
ទៅបំពេញបែបបទសុំបើកសេវាវេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ និងជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

ធ្វើនៅរាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០១.....  
**គ្រូពេទ្យពិនិត្យសុខភាព**

បានឃើញ និងបញ្ជាក់ថា: លោក/លោកស្រី.....  
ជាវេជ្ជបណ្ឌិត/គ្រូពេទ្យកំពុងបំរើការងារនៅ.....  
ពិតប្រាកដមែន  
**ប្រធានអង្គភាព**.....