

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

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



ពាក្យសុំបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺទូទៅ

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

សូមគោរពជូន

លោកអភិបាលស្រុក.....

កម្មវត្ថុ សំណើសុំបើកសេវាសុខាភិបាលឯកជនផ្នែក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺទូទៅ មួយកន្លែង
ឈ្មោះ: ដែលមានលេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង
តាំងនៅផ្ទះលេខ ផ្លូវ ភូមិ..... ឃុំ.....
ស្រុកខ្សាច់កណ្តាល ខេត្តកណ្តាល ដោយក្តីអនុគ្រោះ ។

សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយ ៖

- ជីវប្រវត្តិសង្ខេបមានបិទរូបថត : ០១ច្បាប់
- កិច្ចសន្យា : ០១ច្បាប់
- វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព : ០១ច្បាប់
- គំនូសបំព្រួញទីតាំង : ០១ច្បាប់
- លក្ខណៈវិនិច្ឆ័យបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺ : ០១ច្បាប់
- បង្កាន់ដៃដាក់ពាក្យសុំបើកសេវាពិគ្រោះថែទាំ : ០១ច្បាប់
- លិខិតអនុញ្ញាតរបស់គណៈគ្រូពេទ្យ : 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 : សញ្ញាបត្របច្ចេកទេសនៅឆ្នាំ.....

 : សញ្ញាបត្រជំនាញឯកទេសនៅឆ្នាំ.....

-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» 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 **បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺ** 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 ។

ធ្វើនៅថ្ងៃទី.....ខែ ឆ្នាំ 20...

សាក្សីដ៏ឧត្ត

ស្នាមមេដៃស្តាំម្ចាស់សេវា

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ 20....

ហត្ថលេខា

អាស័យដ្ឋាន ឬ កន្លែងធ្វើការ និងលេខទូរសព្ទ៖

.....

«១» បើជាមន្ត្រីរាជការ

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



វិញ្ញាបនបត្រសុខភាព

យើងខ្ញុំ-វេជ្ជបណ្ឌិត.....ជាគ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅផ្នែក.....
នៃបានពិនិត្យសុខភាពឈ្មោះ:ភេទ.....អាយុ.....ឆ្នាំ
បានឃើញថា :.....
.....។

យើងចេញវិញ្ញាបនបត្រសុខភាពនេះអោយដល់សាមីខ្លួនតាមពាក្យសុំដើម្បីយកទៅបំពេញបែបបទបើកសេវា
វេជ្ជសាស្ត្រ អមវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ ជំនួយវេជ្ជសាស្ត្រឯកជនរបស់ខ្លួន ។

ធ្វើនៅថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ 20...
គ្រូពេទ្យព្យាបាល

លេខ :
បានឃើញ និង បញ្ជាក់ថា :
វេជ្ជ:ពិតជា.....
នៅអង្គភាពពិតប្រាកដមែន
.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ 20..

ប្រធានអង្គភាព

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



គំនូសបំព្រួញទីតាំង

ប្រភេទកន្លែងបើក បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺ ឈ្មោះ:..... ស្ថិតនៅផ្ទះលេខ.....

ផ្លូវ.....ភូមិ.....សង្កាត់-ឃុំ.....

ស្រុក ខ្សាច់កណ្តាល ខេត្ត កណ្តាល ។

លេខ :

បានឃើញ និង បញ្ជាក់ថា:

គំនូសបំព្រួញទីតាំងនេះពិតជាត្រឹមត្រូវ ហើយស្ថិតនៅ

ភូមិ ឃុំ.....

ស្រុក..... ខេត្ត..... ពិតប្រាកដមែន។

មេឃុំ

គំរូស្នាកសញ្ញាបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺ

៤៥សម



បន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជំងឺទូទៅ

- វេជ្ជ:
- ធ្វើការនៅ.....
- ឯកទេស (បើមាន).....
- ទទួលពិនិត្យ និង ព្យាបាលជំងឺ ទូទៅ មនុស្សចាស់ និង កុមារ
- ពេលវេលាទទួលពិនិត្យ ៖
 ព្រឹកពីម៉ោង ៥:៣០ ដល់ ម៉ោង ៧:៣០
 ល្ងាចពីម៉ោង ១៧:៣០ ដល់ ម៉ោង ១៩:៣០

៥៥ សម



- កំណត់ចំណាំ :
 - អក្សរ និង សញ្ញាកាកបាទសរសេរ និង គូសពណ៌ខៀវទឹកប៊ិចចាស់
 - ផ្ទៃស្នាកសញ្ញាពណ៌ស (ជ័រ)
 - អ្នកទទួលខុសត្រូវបន្ទប់ពិគ្រោះព្យាបាលជម្ងឺត្រូវដកយកឯកសារទុកជាឯកសារផ្ទាល់ខ្លួនដើម្បីធ្វើជាកំរូ។