

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

១១១ ✦ ១១១



គណៈប្រឹក្សាស្ត្រីសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

រូបថតទំហំ
៤សម x ៦សម

ពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសម្រាប់ស្ត្រីសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

ដាក់ពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈនៅ (ឈ្មោះខេត្ត/ក្រុង) _____
 សម្រាប់រយៈពេល _____ ឆ្នាំគិតពីថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____ ដល់ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____

ផ្នែកទី១: ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលក្នុងនាមជា

- ធុបរិញ្ញាបត្រ
- ធុបរិញ្ញាបត្ររង ឬ ធុបមធ្យម
- ធុបមឋម
- ផ្សេងៗ _____

ផ្នែកទី២: ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

នាមត្រកូល _____ នាមខ្លួន _____
 លេខអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ: _____

ផ្នែកទី៣: អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្នតែក្នុងករណីដែលអ្នកផ្លាស់ប្តូរអាស័យដ្ឋាន

- 3.1 តើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរអាស័យដ្ឋានដែលប្រើទៅចាប់តាំងពីអ្នកស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណដំបូងមក? ទេ ផ្នែកទី៤
 បាទ 3.1.1

3.1.1 សូមបញ្ជាក់អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក

ផ្ទះលេខ _____	ផ្លូវលេខ _____
ស្រុក _____	ខេត្ត _____
ទីក្រុង _____	ប្រទេស _____
លេខទូរស័ព្ទ _____	អ៊ីម៉ែល _____

ផ្នែកទី៤: សកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត

ចម្លើយ សូមទៅកាន់

៤.១ តើអ្នកបានចូលរួមសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្តទាក់ទងនឹងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈបច្ចុប្បន្នក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយដែរឬទេ?

ទេ ផ្នែកទី៥
 ចាស ៤.១.១

៤.១.១ ចូរសរសេរសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្តទាក់ទងនឹងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈបច្ចុប្បន្នក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយក្នុងតារាងខាងក្រោម

ពី (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	រយៈពេលវគ្គ សិក្សាគិតជា ម៉ោង	ឈ្មោះវគ្គសិក្សា	ឈ្មោះវិទ្យាស្ថាន បណ្តុះបណ្តាល	អាស័យដ្ឋាននៃវិទ្យាស្ថាន បណ្តុះបណ្តាល
					ក្រុង _____ ខេត្ត _____ ប្រទេស _____
					ក្រុង _____ ខេត្ត _____ ប្រទេស _____
					ក្រុង _____ ខេត្ត _____ ប្រទេស _____

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ពីសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្តថតចម្លងដែលបញ្ជាក់ថាថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើម

ផ្នែកទី៥: ប្រវត្តិការងារ

៥.១

ប្រវត្តិការងារក្នុងស្ថាប័នរដ្ឋ

ចម្លើយ សូមទៅកាន់

៥.១.១ តើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរការងារក្នុងស្ថាប័នរដ្ឋដែរឬទេចាប់តាំងពីអ្នកស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយមក ?

ទេ ៥.2

ចាស ៥.១.២

៥.១.២ សូមបំពេញក្នុងតារាងខាងក្រោម

កាលបរិច្ឆេទ ចាប់ផ្តើម (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	កាលបរិច្ឆេទ បញ្ចប់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ឈ្មោះអង្គការ បម្រើការងារ	ចំនួនម៉ោង ធ្វើការ ក្នុងមួយ សប្តាហ៍	ប្រភេទការងារ	ប្រភេទស្ថាប័ន	អាស័យដ្ឋាននៃស្ថាប័ន
			_____	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> មណ្ឌលសុខភាព <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ស្រុកប្រតិបត្តិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ក្រសួងសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អាគារលេខ# _____ ផ្លូវលេខ# _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____

			_____	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> មណ្ឌលសុខភាព <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ស្រុកប្រតិបត្តិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ក្រសួងសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អាគារលេខ# _____ ផ្លូវលេខ# _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____
			_____	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> មណ្ឌលសុខភាព <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ស្រុកប្រតិបត្តិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ក្រសួងសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អាគារលេខ# _____ ផ្លូវលេខ# _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____

ចម្លើយ **សូមទៅកាន់**

៥.២.១ តើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរកន្លែងការងារក្នុងស្ថាប័នឯកជនដែរឬទេចាប់តាំងពីអ្នកស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយមក ?

- ទេ
- ចាស

ផ្នែកទី ៦
៥.២.២

៥.២.២ សូមបំពេញក្នុងតារាងខាងក្រោម

កាលបរិច្ឆេទ ចាប់ផ្តើម (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	កាលបរិច្ឆេទ បញ្ចប់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ឈ្មោះអង្គការ បម្រើការងារ	ចំនួនម៉ោង ធ្វើការក្នុងមួយ សប្តាហ៍	ប្រភេទការងារ	ប្រភេទស្ថាប័ន	អាស័យដ្ឋាននៃស្ថាប័ន
			_____	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> បន្ទប់ពិគ្រោះជម្ងឺ <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌល/គ្លីនិកកែសម្រួល <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> គ្លីនិកមាន១០-១៩គ្រែ <input type="checkbox"/> ពហុគ្លីនិកមាន២០-៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យឯកជនមានលើសពី៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថានបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល/ស្ថានទូត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អាគារលេខ# _____ ផ្លូវលេខ# _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____

				<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> បន្ទប់ពិគ្រោះជម្ងឺ <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌល/គ្លីនិកកែសម្រួល <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> គ្លីនិកមាន១០-១៩គ្រែ <input type="checkbox"/> ពហុគ្លីនិកមាន២០-៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យឯកជនមានលើសពី៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថានបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល/ស្ថានទូត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អាគារលេខ# _____ ផ្លូវលេខ# _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____
--	--	--	--	--	--	---

ផ្នែកទី៦: សម្បទាក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

សម្បទាក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

ចម្លើយ សូមទៅកាន់

- ៦.១ តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវកាយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការប្រកប
ជាអ្នកវិជ្ជាប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលម្នាក់ដែរឬទេ ? ទេ ៦.២.១
 បាទ ៦.២.១
- ៦.២ តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការប្រកបជាអ្នកវិជ្ជា
ប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលម្នាក់ដែរឬទេ ? ទេ ៦.២.១
 បាទ ៦.២.១
- ៦.២.១ សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ដើមនៃលិខិតបញ្ជាក់ស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តដែលចេញដោយអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខា
ភិបាលដែលបានចុះបញ្ជីនិងមានអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ
- ៦.៣ តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដែរឬទេចាប់តាំងពីពេលស្នើសុំ
អាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយ ? ទេ 5.3.1
 បាទ 5.3.1
- ៦.៣.១ សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងនៃលិខិតថ្កោលទោសដែលមានបញ្ជាក់ថាបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមក្នុងប្រទេស
កម្ពុជាចាប់តាំងពីពេលស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយ
- ៦.៤ តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋក្នុងប្រទេសផ្សេងទៀតក្រៅពីប្រទេសកម្ពុជាដែរឬ
ទេចាប់តាំងពីពេលស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយ ? ទេ ផ្នែកទី ៧
 បាទ ៦.៤.១
- ៦.៤.១ សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងនៃលិខិតថ្កោលទោសដែលមានបញ្ជាក់ថាបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើម
ក្នុងប្រទេសផ្សេងៗក្រៅពីប្រទេសកម្ពុជាចាប់តាំងពីពេលស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយ

ផ្នែកទី៧: កិច្ចព្រមព្រៀង និង កាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈ

៧.១ កាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈ

1. ប្រកបវិជ្ជាជីវៈដោយគោរពតាមក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ បទដ្ឋានវិជ្ជាជីវៈ និង និយាមវិជ្ជាជីវៈ
 2. អនុវត្តការងារក្នុងដែនកំណត់វិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលរបស់ខ្ញុំ ដែលកំណត់ដោយគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល
 3. ធ្វើការអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត(CPD) ដោយគោរពតាមលក្ខខណ្ឌ CPD ដែលបានអនុម័តដោយគណៈ
 4. ជូនដំណឹងគណៈក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃ នៃការប្រែប្រួលចំពោះបញ្ហាសុខភាពចំពោះសុខភាពផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តដែល
អាចប៉ះពាល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល។
 5. ជូនដំណឹងគណៈក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃ នៃការផ្ដន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋណាមួយក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឬក្នុងប្រទេសដទៃទៀត
 6. ជូនដំណឹងគណៈអំពីការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានទាំងឡាយណា ដែលខ្ញុំបានផ្តល់ទាក់ទងទៅនឹងអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្ញុំ
 7. គោរពច្បាប់ផ្សេងៗរបស់ប្រទេសកម្ពុជានិងបទបញ្ញត្តិឬសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនៃប្រទេសកម្ពុជា
- ខ្ញុំបានអាននិងយល់ព្រមអនុវត្តរាល់កាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈទាំងអស់ខាងលើ

៧.២ កិច្ចព្រមព្រៀង

1. ខ្ញុំយល់និងផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះគណៈក្នុងការស៊ើបសួរឬទទួលព័ត៌មាននិងឯកសារទាំងឡាយណាដែលសមស្របដើម្បីបញ្ជាក់អំពីសម្បទារបស់ខ្ញុំក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈ។
 2. ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគណៈមានសិទ្ធិដកហូតឬបញ្ឈប់ការអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្ញុំឬចាត់វិធានការដែលចាំបាច់ទាំងឡាយ ប្រសិនបើ ព័ត៌មានឬឯកសារ ដែលបានស្នើសុំខាងលើ ក្រោយមក ត្រូវបានរកឃើញថា ជាឯកសារក្លែងក្លាយ។
- ខ្ញុំបានអាននិងយល់ព្រមអនុវត្តតាមកិច្ចព្រមព្រៀងខាងលើទាំងអស់

 ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

...../...../.....
 (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

 ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

ផ្នែកទី ៨: បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ឯកសារដែលត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយ

អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារថតចម្លងដែលបញ្ជាក់ថាត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមជាមួយពាក្យស្នើសុំដូចខាងក្រោម:

មានគុស
បើបានភ្ជាប់
មកជាមួយ

1. អាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលចុងក្រោយ
2. វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការចូលរួមសកម្មភាពអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត
3. វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការអនុវត្តការងារល្អចាប់តាំងពីអ្នកស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណចុងក្រោយ
4. លិខិតបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តនិងការព្យាបាលដែលចេញដោយអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលដែលបានចុះបញ្ជីនិងមានអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល
5. លិខិតថ្កោលទោសដែលមានបញ្ជាក់ថាបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមក្នុងប្រទេសកម្ពុជាចាប់តាំងពីអ្នកស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលចុងក្រោយ
6. លិខិតថ្កោលទោសដែលមានបញ្ជាក់ថាបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមក្នុងប្រទេសផ្សេងៗក្រៅពីប្រទេសកម្ពុជាចាប់តាំងពីអ្នកស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលចុងក្រោយ

ផ្នែកទី ៩: ការបង់ប្រាក់

៩.១ ថ្ងៃដាក់ពាក្យស្នើសុំអាជ្ញាប័ណ្ណ

ការពិពណ៌នា	ចំនួនទឹកប្រាក់គិតជារៀល
ថ្ងៃដាក់ពាក្យស្នើសុំ	
ថ្ងៃអាជ្ញាប័ណ្ណ	
សរុប	

៩.២ ថ្ងៃអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

ពី	ដល់	ចំនួនទឹកប្រាក់គិតជារៀល
...../...../...../...../.....	
...../...../...../...../.....	
...../...../...../...../.....	
សរុប		

៩.៣ វិធីសាស្ត្របង់ប្រាក់

ការបង់ជាសាច់ប្រាក់ បង់តាមភ្នាក់ងារវេលុយ បង់តាមធនាគារ

៩.៣.១ បើបង់ជាសាច់ប្រាក់

ឈ្មោះអ្នកបង់ប្រាក់ _____
 ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ _____
 កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់/...../..... សូមភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យបត្របង់ប្រាក់ចតថ្មីម្តង
 (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

៩.៣.២ បើបង់ប្រាក់តាមភ្នាក់ងារវេលុយ

ឈ្មោះភ្នាក់ងារវេលុយ _____
 លេខកូដសំងាត់ _____
 លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្ញើ _____ លេខទូរស័ព្ទអ្នកទទួលប _____
 កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់...../...../..... សូមភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យបត្របង់ប្រាក់ចតថ្មីម្តង
 (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

ឈ្មោះគណនេយ្យធនាគារអ្នកដាក់ពាក្យស្នើសុំ

ឈ្មោះគណនេយ្យធនាគាររបស់គណៈ

លេខគណនេយ្យរបស់គណៈ

ឈ្មោះអ្នកបង់ប្រាក់ _____

កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់...../...../..... សូមភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យបត្របង់ប្រាក់ចតថ្មីម្តង
(ថ្ងៃ ខែ / ឆ្នាំ)

ផ្នែកទី១០: សម្រាប់បុគ្គលិក

១០.១ ទឹកនៃឯទទួលពាក្យនិងកាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យ

បានទទួលពាក្យនៅ _____
ឈ្មោះខេត្ត/ក្រុង

_____ ហត្ថលេខាមន្ត្រីទទួលពាក្យ _____/_____/_____
_____ ឈ្មោះមន្ត្រីទទួលពាក្យ កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ / ខែ/ ឆ្នាំ)

១០.២ ការពិនិត្យពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណ

១០.២.១ លើកទី១

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញមិនពេញលេញ
ព័ត៌មានដែលនៅខ្វះរួមមាន _____

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញពេញលេញ
_____ ហត្ថលេខា _____/_____/_____
_____ ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

១០.២.២ លើកទី២

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញមិនពេញលេញ ព័ត៌មានដែលនៅខ្វះរួមមាន _____

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញពេញលេញ

_____ ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____

_____ ឈ្មោះ

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

១០.៣ យោបល់របស់ប្រធានក្រុមប្រឹក្សាគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលខេត្ត

អនុម័តលើពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈនេះ

មិនអនុម័តលើពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈនេះ

ដោយមូលហេតុ _____

ផ្សេងៗ _____

_____ ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____

_____ ឈ្មោះ

(ថ្ងៃ/ ខែ / ឆ្នាំ)

១០.៤ យោបល់របស់មន្ត្រីគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ

- គួរអនុម័តលើពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ
- មិនគួរអនុម័តលើពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ
ដោយមូលហេតុ _____

_____ ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
(ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ)

_____ ឈ្មោះ

១០.៥ សេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ប្រធានក្រុមប្រឹក្សាគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ ឬ អ្នកតំណាង

- យល់ព្រមបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល
- មិនយល់ព្រមបន្តអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល
ដោយមូលហេតុ _____

_____ ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
(ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ)

_____ ឈ្មោះ

១០.៦ យោបល់របស់មន្ត្រីទទួលបន្ទុកបោះពុម្ពអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

បានបោះពុម្ពអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈបន្តរួចហើយ
កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព _____ / _____ / _____
ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ

ផ្សេងៗ _____

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
(ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ