



វគ្គយបត្រប្រគល់ប្រាក់ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ ថ្លៃធ្វើដំណើរ និង ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព



មន្ទីរពេទ្យ

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ភេទ អាយុ ឆ្នាំ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌

អាយសយដ្ឋាន លេខសំណុំលិខិត

ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ (ចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងមួយថ្ងៃ ៥,០០០ រៀល)

ទឹកប្រាក់សរុបជាលេខ ទឹកប្រាក់សរុបជាអក្សរ

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛
ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛
ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ 5,000 ៛

ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព

១. ចម្ងាយពីផ្ទះ / កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ចំនួនទឹកប្រាក់ _____ រៀល

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ

២. ថ្លៃធ្វើដំណើរមកពីមន្ទីរពេទ្យ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ចំនួនទឹកប្រាក់ _____ រៀល

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ

៣. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព ចំនួនទឹកប្រាក់ _____ រៀល

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្នាមមេដៃ

ទឹកប្រាក់សរុបជាលេខ ទឹកប្រាក់សរុបជាអក្សរ

ថ្ងៃទី ____/____/____
អ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ: