



**ឧបសម្ព័ន្ធ ៨**



**វគ្គយបត្រប្រគល់ប្រាក់ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព**

**មន្ទីរពេទ្យ .....**

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ..... ភេទ ..... អាយុ ..... ឆ្នាំ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌ .....

អាសយដ្ឋាន ..... លេខសំណុំលិខិត .....

ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ (ចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងមួយថ្ងៃ ៥,០០០ រៀល)

ទឹកប្រាក់សរុបជាលេខ ..... ទឹកប្រាក់សរុបជាអក្សរ .....

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛
ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛
ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛	ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ 5,000 ៛

**ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព**

- ១. ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ចំនួនទឹកប្រាក់ \_\_\_\_\_ រៀល

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ
------------------------------------
- ២. ថ្លៃធ្វើដំណើរពីមន្ទីរពេទ្យ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ចំនួនទឹកប្រាក់ \_\_\_\_\_ រៀល

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ
------------------------------------
- ៣. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព ចំនួនទឹកប្រាក់ \_\_\_\_\_ រៀល

ថ្ងៃទី ____/____/____ ស្ថាមមេដៃ
------------------------------------

ទឹកប្រាក់សរុបជាលេខ ..... ទឹកប្រាក់សរុបជាអក្សរ .....

ថ្ងៃទី \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
អ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ: .....