



សម្រាប់ស្ត្រីសម្រាលកូននៅមណ្ឌលសុខភាព



មណ្ឌលសុខភាព

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ..... អាយុ ភេទ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌

អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ

ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមណ្ឌលសុខភាពគីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់

រៀល

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០២....

ស្នាមមេដៃអ្នកទទួលប្រាក់

ហត្ថលេខាអ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ

ឈ្មោះ



សម្រាប់ស្ត្រីសម្រាលកូននៅមណ្ឌលសុខភាព



មណ្ឌលសុខភាព

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ..... អាយុ ភេទ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌

អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ

ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមណ្ឌលសុខភាពគីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់

រៀល

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០២....

ស្នាមមេដៃអ្នកទទួលប្រាក់

ហត្ថលេខាអ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ

ឈ្មោះ