



**វិក្កយបត្រផ្លែឆ្នើនំណើរបស់អ្នកជំងឺ**  
**មណ្ឌលសុខភាព .....**



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

អាសយដ្ឋាន ..... លេខទូរស័ព្ទ .....

ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមណ្ឌលសុខភាព ..... គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ ..... រៀល

ចម្ងាយពីមណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យ( រថយន្តសង្គ្រោះ ) ..... គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ ..... រៀល

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០២....

ស្នាមមេដៃអ្នកទទួលប្រាក់

ហត្ថលេខាអ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ: .....

ឈ្មោះ: .....



**វិក្កយបត្រផ្លែឆ្នើនំណើរបស់អ្នកជំងឺ**  
**មណ្ឌលសុខភាព .....**



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

អាសយដ្ឋាន ..... លេខទូរស័ព្ទ .....

ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមណ្ឌលសុខភាព ..... គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ ..... រៀល

ចម្ងាយពីមណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យ( រថយន្តសង្គ្រោះ ) ..... គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ ..... រៀល

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០២....

ស្នាមមេដៃអ្នកទទួលប្រាក់

ហត្ថលេខាអ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ: .....

ឈ្មោះ: .....