



វិក្កយបត្រផ្លែឆ្នើដំណើររបស់អ្នកជំងឺ
មណ្ឌលសុខភាព

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ..... អាយុ ភេទ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌

អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ

ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមណ្ឌលសុខភាព គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ រៀល

ចម្ងាយពីមណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យ(របេយន្តសង្គ្រោះ) គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ រៀល

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០២.....

ស្នាមមេដៃអ្នកទទួលប្រាក់

ហត្ថលេខាអ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ:



វិក្កយបត្រផ្លែឆ្នើដំណើររបស់អ្នកជំងឺ
មណ្ឌលសុខភាព

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ..... អាយុ ភេទ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌

អាសយដ្ឋាន លេខទូរស័ព្ទ

ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមណ្ឌលសុខភាព គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ រៀល

ចម្ងាយពីមណ្ឌលសុខភាពទៅមន្ទីរពេទ្យ(របេយន្តសង្គ្រោះ) គីឡូម៉ែត្រ ចំនួនទឹកប្រាក់ រៀល

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០២.....

ស្នាមមេដៃអ្នកទទួលប្រាក់

ហត្ថលេខាអ្នកប្រគល់ប្រាក់

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ: