



លិខិតបញ្ជាក់ពីការគាំទ្រផ្នែកមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល



(គ្រួសារងាយរងហានិភ័យ)

មន្ទីរពេទ្យ..... បានគាំទ្រថវិកាដោយរាជរដ្ឋាភិបាល
ជូនអ្នកជំងឺឈ្មោះ: ភេទ អាយុ ឆ្នាំ
លេខកូដបណ្ណ លេខទូរស័ព្ទ
លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ

អាសយដ្ឋាន

ផ្ទះលេខ ក្រុមទី
ភូមិ ឃុំ.....
ស្រុក ខេត្ត.....
ទីតាំង

ការសំរាកព្យាបាល

ការព្យាបាលត្រូវបានផ្តល់នៅ មន្ទីរពេទ្យ..... ពីថ្ងៃទី/...../..... ដល់ថ្ងៃ
ទី/...../..... រោគវិនិច្ឆ័យ

ការបង់ថ្លៃរួមមាន៖

១. ថ្លៃព្យាបាល រៀល (ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ)

ថ្លៃបង់ជូនសរុប រៀល

បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ

អ្នកជំងឺ/ក្រុមគ្រួសារ

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ: