



លិខិតបញ្ជាក់ពីការគាំទ្រផ្នែកមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល

(កម្មករនិយោជិតក្រៅប្រព័ន្ធ និងក្រុមគោលដៅអាទិភាពផ្សេងៗទៀត)

គំរោងមូលនិធិសមធម៌សំរាប់ មន្ទីរពេទ្យ..... បានគាំទ្រ
ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសំរាប់ការសំរាកព្យាបាលជំងឺឈ្មោះ:
ភេទ អាយុ ឆ្នាំ លេខកូដNSSF លេខទូរសព្ទ
ប្រភេទពណ៌ប័ណ្ណ 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: