

លិខិតបញ្ជាក់ពីការគាំទ្រផ្នែកមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល

(កម្មករនិយោជិតក្រៅប្រព័ន្ធ និងក្រុមគោលដៅអាទិភាពផ្សេងៗទៀត)

គំរោងមូលនិធិសមធម៌សំរាប់ មន្ទីរពេទ្យ.................................................................................... បានគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសំរាប់ការសំរាកព្យាបាលជំងឺឈ្មោះ ............................................................................... ភេទ .............. អាយុ ............ ឆ្នាំ លេខកូដNSSF .................................. លេខទូរសព្ទ ............................ ប្រភេទពណ៌ប័ណ្ណ ........................................ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ .................................................

អាសយដ្ឋាន

ផ្ទះលេខ ក្រុម

ភូមិ ឃុំ

ស្រុក ខេត្ត

ទីតាំង ...........................................................................................................................

ការសំរាកព្យាបាល

ការសំរាកព្យាបាលត្រូវបានផ្ដល់នៅ មន្ទីរពេទ្យ........................................... ពីថ្ងៃទី ......./......../...................​ដល់ថ្ងៃទី ......./......../................... រោគវិនិច្ឆ័យ .....................................................................................

ការបង់ថ្លៃរួមមាន៖

 ១. ថ្លៃព្យាបាល រៀល (ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ)

ថ្លៃបង់ជូនសរុប ............................. រៀល

បុគ្គលិកពេទ្យ អ្នកជំងឺ/ក្រុមគ្រួសារ

ឈ្មោះ .......................................... ឈ្មោះ ..........................................