



លិខិតបញ្ជាក់ពីការគាំទ្រផ្នែកមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល

(ក្រប្រក)

គំរោងមូលនិធិសមធម៌សំរាប់ មន្ទីរពេទ្យ..... បានគាំទ្រ
ផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសំរាប់ការសំរាកព្យាបាលជំងឺឈ្មោះ :
ភេទ អាយុ ឆ្នាំ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌
លេខទូរសព្ទ

អាសយដ្ឋាន

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

ការសំរាកព្យាបាល

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

ការបង់ថ្លៃរួមមាន៖

- ១. ថ្លៃព្យាបាល រៀល (ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ)
- ២. ថ្លៃធ្វើដំណើរ រៀល (ជូនដល់អ្នកជំងឺ)
- ៣. ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ រៀល (ជូនដល់អ្នកជំងឺ)
- ៤. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព រៀល (ជូនដល់ក្រុមគ្រួសារ)

ថ្លៃបង់ជូនសរុប រៀល

បុគ្គលិកមន្ទីរពេទ្យ

អ្នកជំងឺ/ក្រុមគ្រួសារ

ឈ្មោះ:

ឈ្មោះ: