

លិខិតបញ្ជាក់ពីការគាំទ្រផ្នែកមូលនិធិសមធម៌សុខាភិបាល

(ក្រីក្រ)

គំរោងមូលនិធិសមធម៌សំរាប់ មន្ទីរពេទ្យ.................................................................................... បានគាំទ្រផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុសំរាប់ការសំរាកព្យាបាលជំងឺឈ្មោះ ..................................................................................... ភេទ .............. អាយុ ............ ឆ្នាំ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌ .................................................................. លេខទូរសព្ទ .............................................

អាសយដ្ឋាន

ផ្ទះលេខ ក្រុម

ភូមិ ឃុំ

ស្រុក ខេត្ត

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

ការសំរាកព្យាបាល

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

ការបង់ថ្លៃរួមមាន៖

 ១. ថ្លៃព្យាបាល រៀល (ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ)

 ២. ថ្លៃធ្វើដំណើរ រៀល (ជូនដល់អ្នកជំងឺ)

 ៣. ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ រៀល (ជូនដល់អ្នកជំងឺ)

 ៤. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព រៀល (ជូនដល់ក្រុមគ្រួសារ)

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

បុគ្គលិកពេទ្យ អ្នកជំងឺ/ក្រុមគ្រួសារ

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