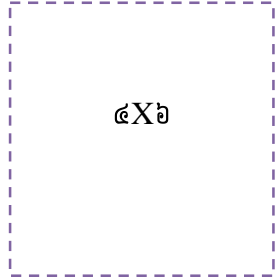




ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
១១ + ១១



គណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា

ពាក្យសុំចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីគណៈគ្រូពេទ្យ
រាជធានី/ខេត្ត :

(ឈ្មោះរាជធានី-ខេត្តដែលលោក-លោកស្រីសរសេរខាងលើនេះ ត្រូវតែជា រាជធានី-ខេត្តដែលលោក-លោកស្រីស្នាក់នៅបច្ចុប្បន្ន)

សសសសសសសស

១. ប្រភេទបញ្ជីកា

ពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ ពិនិត្យព្យាបាលជំងឺបណ្តោះអាសន្ន ពិនិត្យព្យាបាលជំងឺក្រោមការអភិបាល
និស្សិតឯកទេស និស្សិតអន្តេរាសិក មិនពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ

២. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

នាមត្រកូល..... នាមខ្លួន ភេទ.....
ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង.....
ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំកំណើត/...../.....
ទីកន្លែងកំណើត : ភូមិ..... ឃុំ/សង្កាត់
ស្រុក/ខ័ណ្ឌ..... រាជធានី/ខេត្ត
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន : ផ្ទះលេខ..... ផ្លូវ ភូមិ ឃុំ/សង្កាត់
ស្រុក/ខ័ណ្ឌ..... រាជធានី/ខេត្ត
ទូរស័ព្ទ.....
អ៊ីម៉ែល.....

៣-A. ការបញ្ជាក់បណ្ណាល័យវេជ្ជសាស្ត្រមូលដ្ឋាន

កាលបរិច្ឆេទ			ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល	ប្រទេស	កម្រិត សញ្ញាបត្រ ឬវិញ្ញាបនបត្រ
ពីឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួនឆ្នាំ			
					<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យ មធ្យម <input type="checkbox"/> និស្សិត:
					<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យ មធ្យម <input type="checkbox"/> និស្សិត:

៣-B. ការបណ្តុះបណ្តាលឯកទេស

កាលបរិច្ឆេទ			ឯកទេស	ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល	ប្រទេស	កម្រិតសញ្ញាបត្រ ឬវិញ្ញាបនបត្រ
ពីឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួនឆ្នាំ				
						<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស <input type="checkbox"/> និស្សិតឯកទេស: _____
						<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស <input type="checkbox"/> និស្សិតឯកទេស: _____

៤ - បញ្ហាជួបប្រទះក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ

តើអ្នកកំពុងមាន ឬ ធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវកាយ ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាព ក្នុង ការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ ? (ពិការភាពផ្លូវកាយដោយសាររបួសឬជំងឺ...)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកកំពុងមាន ឬ ធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ ? (ស្ថានភាពទាំងនោះរួមមាន: ស្ថានភាពប្រព័ន្ធប្រសាទ ផ្លូវចិត្ត ការញៀន (ថ្នាំ <input type="checkbox"/> សុរា <input type="checkbox"/>) បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានទំនាក់ទំនងរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ: លេខទូរស័ព្ទ:	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ទទួលបានវិធានការផ្នែកវិន័យ ដោយសារអាជ្ញាធរសុខាភិបាល គណៈគ្រូពេទ្យ ឬ អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ចផ្សេង ទៀត នៅកម្ពុជា ឬ ប្រទេសផ្សេងទៀត ឬទេ ? (វិធានការផ្នែកវិន័យរួមមាន: ការព្រមាន ការព្យួរអាជ្ញាបត្រ ការព្យួរ សញ្ញាបត្រ ការផ្អាក/បិទគ្លីនិក/បន្ទប់ពិគ្រោះជំងឺ...) បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីវិធានការវិន័យដែលបានទទួល: ប្រភេទវិន័យ: បទចោទប្រកាន់: កាលបរិច្ឆេទ:/...../..... បច្ចុប្បន្នភាព: នៅមានសុពលភាព <input type="checkbox"/> អស់សុពលភាព <input type="checkbox"/> កាលបរិច្ឆេទអស់សុពលភាព:/...../.....	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
តើអ្នកធ្លាប់ទទួលបានការផ្តន្ទាទោស ដោយតុលាការ នៅកម្ពុជា ឬ នៅប្រទេសផ្សេងទៀត ឬទេ ? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីការផ្តន្ទាទោសដែលបានទទួល: ប្រភេទទោស បទចោទប្រកាន់: កាលបរិច្ឆេទ:/...../.....	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>

៥. ការធានាអះអាង

- ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានខ្ញុំបានផ្តល់ខាងលើ ពិតជាត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំបានដឹងច្បាស់ថាការផ្តល់ ព័ត៌មានមិនពិត នឹងនាំទៅដល់ការបដិសេធការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំក្នុងបញ្ជីគណៈគ្រូពេទ្យ ឬការលុបឈ្មោះចេញពីបញ្ជីគណៈគ្រូពេទ្យ និងការផ្ដន្ទាទោសផ្សេងទៀតតាមច្បាប់ជាធរមាន។
- ខ្ញុំបានដឹងច្បាស់ថា ក្នុងនាមជាគ្រូពេទ្យដែលបានចុះបញ្ជីនៅគណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា ខ្ញុំមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការគោរពតាមក្រមសីលធម៌របស់គ្រូពេទ្យ ក៏ ដូចជាគោលការណ៍ណែនាំអំពីសិទ្ធិរបស់អតិថិជន និងកាតព្វកិច្ចរបស់អ្នកផ្តល់សេវា។ ឯកសារទាំងនេះអាចទាញយកបានពី www.mcc.org.kh ។

ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះ: កាលបរិច្ឆេទ:/...../.....

៦. បញ្ជីផ្សេងផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់មន្ត្រីទទួលពាក្យ

រូបថត ៤ X ៦ ចំនួន ២ សន្លឹក (ឬជាFile) មាន គ្មាន

សំណៅថតចម្លង សញ្ញាបត្រ និង លិខិតបញ្ជាក់ពីការបណ្តុះបណ្តាលនានា

- សំណៅថតចម្លង ឬច្បាប់ដើម លិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សាអន្តរវេសិក/ឯកទេស មាន គ្មាន

- សំណៅថតចម្លង ឬច្បាប់ដើម សញ្ញាបត្រវេជ្ជបណ្ឌិត មាន គ្មាន

- សំណៅថតចម្លង ឬច្បាប់ដើម សញ្ញាបត្រគ្រូពេទ្យមធ្យម មាន គ្មាន

- សំណៅថតចម្លងលិខិតបញ្ជាក់កម្រិតសមមូលសញ្ញាបត្រ ដែលចេញដោយគណៈ កម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លៃសញ្ញាបត្រ មាន គ្មាន

- ឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត

- ពាក្យសច្ចាប្រណិធានរបស់អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រដោយមានចុះហត្ថលេខា ០១ ច្បាប់ មាន គ្មាន

ពាក្យសុំបានបំពេញត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ

ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះមន្ត្រីទទួលពាក្យ កាលបរិច្ឆេទ/...../.....

យោបល់របស់គណៈកម្មការវាយតម្លៃ

ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះតំណាងគណៈកម្មការវាយតម្លៃ កាលបរិច្ឆេទ/...../.....