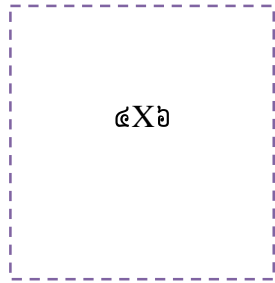




ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
 ១១ + ១១



គណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា

ពាក្យសុំអាជ្ញាបណ្ណគណៈគ្រូពេទ្យ

រាជធានី/ខេត្ត :

(ឈ្មោះខេត្តដែលលោក-លោកស្រីសរសេរខាងលើនេះ ត្រូវតែជាខេត្តដែលគ្លីនិកឯកជនរបស់លោក-លោកស្រីស្ថិតនៅ។ បើសិនលោក-លោកស្រី មិនធ្វើការងារនៅគ្លីនិកឯកជនទេ សូមដាក់ឈ្មោះខេត្តដែល លោក-លោកស្រីចំណាយពេលវេលាធ្វើការច្រើនបំផុត)

២០១៩០២២០១៩

១. ប្រភេទនៃអាជ្ញាបណ្ណស្នើសុំ
អាជ្ញាបណ្ណពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ <input type="checkbox"/> អាជ្ញាបណ្ណ ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ បណ្តោះអាសន្ន <input type="checkbox"/> អាជ្ញាបណ្ណ មិនពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ (សុខភាពសាធារណៈ <input type="checkbox"/> នយោបាយសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> ឬបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/>)
២. ព័ត៌មានបញ្ជីកា
លេខបញ្ជីកា.....
៣. ទីកន្លែងប្រកបរបរជំនាញ
ឈ្មោះទីកន្លែង..... ប្រភេទការងារ : ពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ <input type="checkbox"/> មិនពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ..... ប្រភេទស្ថានីយ៍ : រដ្ឋ <input type="checkbox"/> ឯកជន <input type="checkbox"/> អង្គការ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ..... អាស័យដ្ឋាន ផ្ទះលេខ..... ផ្លូវ ភូមិ ឃុំ/សង្កាត់ ស្រុក/ខ្នង..... រាជធានី/ខេត្ត

៤. បទពិសោធន៍ការងារ

កាលបរិច្ឆេទ			ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការ	ខេត្ត	ប្រទេស	តួនាទី	ប្រភេទការងារ
ពីឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួន ឆ្នាំ					
							ការងារគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក <input type="checkbox"/>

៥ - A. បញ្ហាជួបប្រទះក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេលពេលឆ្នាំចុងក្រោយ

តើលោក/លោកស្រីកំពុងមាន ឬ ធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវកាយ ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាព ក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ ? (ពិការភាពផ្លូវកាយដោយសាររបួសឬជំងឺ...)	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/>	ទេ <input type="checkbox"/>
តើលោក/លោកស្រីកំពុងមាន ឬ ធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពក្នុងការ ប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ ? (ស្ថានភាពទាំងនោះរួមមាន៖ ស្ថានភាពប្រព័ន្ធ ប្រសាទ ផ្លូវចិត្ត ការញៀន (ថ្នាំ សុរា) បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានទំនាក់ទំនងរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ: លេខទូរស័ព្ទ:	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/>	ទេ <input type="checkbox"/>
តើលោក/លោកស្រីធ្លាប់ទទួលបានវិធានការផ្នែកវិន័យ ដោយសារអាជ្ញាធរសុខាភិបាល គណៈគ្រូពេទ្យ ឬ អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ចផ្សេងទៀត នៅកម្ពុជា ឬ ប្រទេសផ្សេងទៀត ឬទេ ? (វិធានការផ្នែកវិន័យរួមមាន៖ ការព្រមាន ការព្យួរ អាជ្ញាប័ណ្ណ 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"/>
តើលោក/លោកស្រីធ្លាប់ទទួលបានការផ្ដន្ទាទោស ដោយតុលាការ នៅកម្ពុជា ឬ នៅប្រទេសផ្សេងទៀត ឬទេ ? បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីការផ្ដន្ទាទោសដែលបានទទួល៖ ប្រភេទទោស បទចោទប្រកាន់:..... កាលបរិច្ឆេទ:/...../.....	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/>	ទេ <input type="checkbox"/>

៦ - B. ការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ

តើបច្ចុប្បន្ននេះ លោក/លោកស្រីពិនិត្យព្យាបាលជំងឺឬទេ ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/>	ទេ <input type="checkbox"/>
បើឆ្លើយ ទេ តើលោក/លោកស្រីអាក់ខានពិនិត្យព្យាបាលជំងឺអស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ ?	តិចជាង៣ឆ្នាំ <input type="checkbox"/>	៣ឆ្នាំឬលើស <input type="checkbox"/>

៧. ការធានាអះអាង

- ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាព័ត៌មានខ្ញុំបានផ្តល់ខាងលើ ពិតជាត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំបានដឹងច្បាស់ថាការផ្តល់ ព័ត៌មានមិនពិត នឹងនាំទៅដល់ការបដិសេធការចុះឈ្មោះរបស់ខ្ញុំក្នុងបញ្ជីគណៈគ្រូពេទ្យ ឬការលុបឈ្មោះចេញពីបញ្ជីគណៈគ្រូពេទ្យ និងការផ្តន្ទាទោសផ្សេងទៀតតាមច្បាប់ជាធរមាន។
- ខ្ញុំបានដឹងច្បាស់ថា ក្នុងនាមជាគ្រូពេទ្យដែលបានចុះបញ្ជីនៅគណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា ខ្ញុំមានកាតព្វកិច្ចក្នុងការគោរពតាមក្រមសីលធម៌របស់គ្រូពេទ្យ ក៏ដូចជាគោលការណ៍ណែនាំអំពីសិទ្ធិរបស់អតិថិជន និងកាតព្វកិច្ចរបស់លោក/លោកស្រីផ្តល់សេវា។ ឯកសារទាំងនេះអាចទាញយកបានពី www.mcc.org.kh ។

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

ពាក្យសុំបានបំពេញត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ

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

យោបល់របស់គណៈកម្មការវាយតម្លៃ

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