

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

១១១ ✦ ១១១



រូបថតព័ណ៌ទំហំ
៤សម x ៦សម

គណៈនុបកម្ពុជា

ពាក្យស្នើសុំអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈដំបូង
សម្រាប់នុបកម្ពុជា

ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈនៅ (ឈ្មោះខេត្ត/ក្រុង) _____
សម្រាប់រយៈពេល _____ ឆ្នាំគិតពីថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____ ដល់ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____

ផ្នែកទី១: ខ្ញុំដាក់ពាក្យសុំអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលក្នុងនាមជា

- ធុបរិញ្ញាបត្រ
- ធុបបរិញ្ញាបត្ររង ឬ ធុបមធ្យម
- ធុបមតិ
- ផ្សេងៗ _____

ផ្នែកទី២: ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

លេខចុះបញ្ជី _____
នាមត្រកូល _____ នាមខ្លួន _____

ផ្នែកទី៣: ប្រវត្តិការងារ

៣.១

ប្រវត្តិការងារក្នុងស្ថាប័នរដ្ឋ

៣.១.១ តើអ្នកបានធ្វើការក្នុងស្ថាប័នរដ្ឋក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុះក្រោយដែរឬទេ?

៣.១.២ សូមបញ្ជាក់ប្រវត្តិការងារក្នុងស្ថាប័នរដ្ឋរបស់អ្នកក្នុងតារាងខាងក្រោម

ចម្លើយ	សូមទៅកាន់
<input type="checkbox"/> ទេ	៣.២
<input type="checkbox"/> បាទ	៣.១.២

កាលបរិច្ឆេទ ចាប់ផ្តើម (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	កាលបរិច្ឆេទ បញ្ចប់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ឈ្មោះអង្គការ បម្រើការងារ	ចំនួនម៉ោងធ្វើ ការក្នុងមួយ សប្តាហ៍	ប្រភេទការងារ	ប្រភេទស្ថាប័ន	អាសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការ
			_____	<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> មណ្ឌលសុខភាព <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ស្រុកប្រតិបត្តិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌលជាតិ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ក្រសួងសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អគារលេខ _____ ផ្លូវលេខ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____

ប្រវត្តិការងារក្នុងស្ថាប័នឯកជន

ចម្លើយ **សូមទៅកាន់**

៣.២.១ តើអ្នកបានធ្វើការក្នុងស្ថាប័នឯកជនក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយដែរឬទេ ?

ទេ

ផ្នែកទី៤

បាទ

៣.២.២

៣.២.២ សូមបញ្ជាក់ប្រវត្តិការងារក្នុងស្ថាប័នឯកជនរបស់អ្នកក្នុងតារាងខាងក្រោម

កាលបរិច្ឆេទ ចាប់ផ្តើម (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	កាលបរិច្ឆេទ បញ្ចប់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ឈ្មោះអង្គការ បម្រើការងារ	ចំនួនម៉ោងធ្វើ ការក្នុងមួយ សប្តាហ៍	ប្រភេទការងារ	ប្រភេទស្ថាប័ន	អាសយដ្ឋានកន្លែងធ្វើការ
				<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> បន្ទប់ពិគ្រោះជម្ងឺ <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌល/គ្លីនិកកែសម្រួល <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> គ្លីនិកមាន១០-១៩គ្រែ <input type="checkbox"/> ពហុគ្លីនិកមាន២០-៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យឯកជនមានលើសពី៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថានបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល/ស្ថានទូត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អគារលេខ _____ ផ្លូវលេខ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____

				<input type="checkbox"/> ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> ការបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> ការស្រាវជ្រាវ <input type="checkbox"/> ការគ្រប់គ្រង <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> បន្ទប់ពិគ្រោះជម្ងឺ <input type="checkbox"/> មជ្ឈមណ្ឌល/គ្លីនិកកែសម្រួល <input type="checkbox"/> មន្ទីរពិសោធន៍វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> គ្លីនិកមាន១០-១៩គ្រែ <input type="checkbox"/> ពហុគ្លីនិកមាន២០-៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យឯកជនមានលើសពី៨០គ្រែ <input type="checkbox"/> វិទ្យាស្ថានបណ្តុះបណ្តាល <input type="checkbox"/> អង្គការក្រៅរដ្ឋាភិបាល/ស្ថានទូត <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____	អគារលេខ _____ ផ្លូវលេខ _____ ឈ្មោះផ្លូវ _____ ឃុំ _____ ខេត្ត _____ ក្រុង _____ ប្រទេស _____
--	--	--	--	--	--	--

ផ្នែកទី៤: សម្បទាក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

		ចម្លើយ	សូមទៅកាន់
៤.១	តើអ្នកមានស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការប្រកប ជាអ្នកវិជ្ជាប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលម្នាក់ដែរឬទេ ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ	៤.២.១ ៤.២.១
៤.២	តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តដែរឬទេ ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សមត្ថភាពក្នុងការប្រកប ជាអ្នកវិជ្ជាប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលម្នាក់ ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ	៤.២.១ ៤.២.១
៤.២.១	សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ដើមនៃលិខិតបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តនិងការព្យាបាលដែលចេញដោយអ្នក ប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលដែលបានចុះបញ្ជីនិងមានអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល		
៤.៣	តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋក្នុងប្រទេសកម្ពុជាដែរឬទេចាប់តាំងពីបានចុះបញ្ជី ជាមួយគណៈ ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ	៤.៣.១ ៤.៣.១
៤.៣.១	សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងដែលមានបញ្ជាក់ថាបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមនៃលិខិតថ្កោលទោសក្នុងប្រទេស កម្ពុជា		
៤.៤	តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានផ្ដន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋក្នុងប្រទេសផ្សេងៗក្រៅពីប្រទេសកម្ពុជាដែរឬទេ ចាប់តាំងពីបានចុះបញ្ជីជាមួយគណៈ ?	<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ	ផ្នែកទី ៥ ៤.៤.១
៤.៤.១	សូមភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងដែលមានបញ្ជាក់ថាបានថតចម្លងត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមនៃលិខិតថ្កោលទោសក្នុងប្រទេស ផ្សេងៗក្រៅពីប្រទេសកម្ពុជា		

ផ្នែកទី៥: កិច្ចព្រមព្រៀង និងកាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈ

៥.១ កាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈ

ជាអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលម្នាក់ កាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈតម្រូវឱ្យខ្ញុំ:

1. ប្រកបវិជ្ជាជីវៈដោយគោរពតាមក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈ បទដ្ឋានវិជ្ជាជីវៈ និង និយាមវិជ្ជាជីវៈ
2. អនុវត្តការងារក្នុងដែនកំណត់វិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលរបស់ខ្ញុំ ដែលកំណត់ដោយគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល
3. ធ្វើការអភិវឌ្ឍន៍វិជ្ជាជីវៈបន្ត(CPD) ដោយគោរពតាមលក្ខខណ្ឌ CPD ដែលបានអនុម័តដោយគណៈ
4. ជូនដំណឹងគណៈក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃ នៃការប្រែប្រួលចំពោះបញ្ហាសុខភាពចំពោះសុខភាពផ្លូវកាយ ឬផ្លូវចិត្តដែល
អាចប៉ះពាល់សមត្ថភាពរបស់ខ្ញុំ ក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល។
5. ជូនដំណឹងគណៈក្នុងរយៈពេល ៣០ ថ្ងៃ នៃការផ្ដន្ទាទោសពីបទឧក្រិដ្ឋណាមួយក្នុងប្រទេសកម្ពុជា ឬក្នុងប្រទេសដទៃទៀត
6. ជូនដំណឹងគណៈ អំពីការផ្លាស់ប្តូរព័ត៌មានទាំងឡាយណាដែលខ្ញុំបានផ្តល់ទាក់ទងទៅនឹងសុខភាព អាជ្ញាបណ្ណរបស់ខ្ញុំ
ដើម្បីប្រកបជាអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលម្នាក់។

- 7. គោរពច្បាប់ផ្សេងៗរបស់ប្រទេសកម្ពុជានិងបទបញ្ញត្តិឬសេចក្តីណែនាំផ្សេងៗរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលនៃប្រទេសកម្ពុជា
- ខ្ញុំបានអាននិងយល់ព្រមអនុវត្តរាល់កាតព្វកិច្ចវិជ្ជាជីវៈទាំងអស់ខាងលើ

៥.២ កិច្ចព្រមព្រៀង

- 1. ខ្ញុំយល់និងផ្តល់ការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំចំពោះគណៈក្នុងការស៊ើបសួរឬទទួលព័ត៌មាននិងឯកសារទាំងឡាយណាដែលសមស្របដើម្បីបញ្ជាក់អំពីសម្បទារបស់ខ្ញុំក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈ
- 2. ខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាគណៈមានសិទ្ធិដកហូត ឬ បញ្ឈប់ការអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈរបស់ខ្ញុំ ឬចាត់វិធានការដែលចាំបាច់ទាំងឡាយ ប្រសិនបើ ព័ត៌មានឬឯកសារ ដែលបានស្នើសុំខាងលើ ក្រោយមក ត្រូវបានរកឃើញថាជាឯកសារក្លែងក្លាយ
- ខ្ញុំបានអាននិងយល់ព្រមអនុវត្តតាមកិច្ចព្រមព្រៀងទាំងអស់ខាងលើ

 ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

 ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ

...../...../.....
 (ថ្ងៃ /ខែ /ឆ្នាំ)

ផ្នែកទី៦: បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ឯកសារតម្រូវដែលត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយ

អ្នកត្រូវតែភ្ជាប់មកជាមួយឯកសារថតចម្លងដែលបញ្ជាក់ថាត្រឹមត្រូវតាមច្បាប់ដើមជាមួយពាក្យស្នើសុំដោយដូចខាងក្រោម:	បានភ្ជាប់មកជាមួយ
1. ប្រវត្តិរូប	<input type="checkbox"/>
2. វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការចុះបញ្ជីកា	<input type="checkbox"/>
3. លិខិតបញ្ជាក់ការចុះបញ្ជីកា	<input type="checkbox"/>
4. វិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ការអនុវត្តការងារល្អ (Certificate of Good Standing)	<input type="checkbox"/>
5. លិខិតបញ្ជាក់អំពីស្ថានភាពសុខភាពផ្លូវកាយនិងផ្លូវចិត្តនិងការព្យាបាលដែលចេញដោយអ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលដែលបានចុះបញ្ជីនិងមានអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល	<input type="checkbox"/>
6. លិខិតថ្កោលទោសក្នុងប្រទេសកម្ពុជាគិតចាប់តាំងពីពេលចុះបញ្ជីមក	<input type="checkbox"/>
7. លិខិតថ្កោលទោសក្នុងប្រទេសផ្សេងៗក្រៅពីកម្ពុជាគិតចាប់តាំងពីពេលចុះបញ្ជីមកប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយបាទ ឬ ចាសទៅនឹងសំណួរទី៥.៤	<input type="checkbox"/>

ផ្នែកទី ៧: ការបង់ប្រាក់

៧.១ តម្លៃពាក្យស្នើសុំ

ការពិពណ៌នា	ចំនួនទឹកប្រាក់គិតជារៀល
ថ្លៃដាក់ពាក្យសុំអាជ្ញាបណ្ណ	
ថ្លៃអាជ្ញាបណ្ណ	
សរុប	

៧.២ តម្លៃអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

ពី	ដល់	ចំនួនទឹកប្រាក់គិតជារៀល
...../...../...../...../.....	
...../...../...../...../.....	
...../...../...../...../.....	
សរុប		

៧.៣ វិធីសាស្ត្របង់ប្រាក់

ការបង់ជាសាច់ប្រាក់
 បង់តាមភ្នាក់ងារវេលុយ
 បង់តាមធនាគារ

៧.៣.១ បើបង់ជាសាច់ប្រាក់

ឈ្មោះអ្នកបង់ប្រាក់ _____

ឈ្មោះអ្នកទទួលប្រាក់ _____

កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់/...../..... សូមភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យបត្របង់ប្រាក់ចតថ្មីម្តង
(ថ្ងៃ ខែ / ឆ្នាំ)

៧.៣.២ បើបង់ប្រាក់តាមភ្នាក់ងារវេលុយ

ឈ្មោះភ្នាក់ងារវេលុយ _____

លេខកូដសំងាត់ _____

លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្ញើ _____ លេខទូរស័ព្ទអ្នកទទួលប

កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់...../...../..... សូមភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យបត្របង់ប្រាក់ចតប័ណ្ណ
(ថ្ងៃ ខែ / ឆ្នាំ)

៧.៣.៣ ប្រសិនបើបង់តាមធនាគារ

ឈ្មោះគណនេយ្យធនាគារអ្នកដាក់ពាក្យសុំ _____

ឈ្មោះគណនេយ្យធនាគាររបស់គណៈ _____

លេខគណនេយ្យរបស់គណៈ _____

ឈ្មោះអ្នកបង់ប្រាក់ _____

កាលបរិច្ឆេទបង់ប្រាក់...../...../..... សូមភ្ជាប់មកជាមួយវិក័យបត្របង់ប្រាក់ចតប័ណ្ណ
(ថ្ងៃ ខែ / ឆ្នាំ)

ផ្នែកទី ៨: សម្រាប់បុគ្គលិក

៨.១ ទឹកនៃឯទទួលពាក្យនិងកាលបរិច្ឆេទទទួលពាក្យ

បានទទួលពាក្យនៅ _____
ឈ្មោះខេត្ត/ក្រុង

_____ ហត្ថលេខាមន្ត្រីទទួលពាក្យ _____ / _____ / _____
_____ កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ / ខែ/ ឆ្នាំ)
_____ ឈ្មោះមន្ត្រីទទួលពាក្យ

៨.២ យោបល់របស់មន្ត្រីពិនិត្យពាក្យស្នើសុំបន្តអាជ្ញាបណ្ណ

៨.២.១ លើកទី១

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញមិនពេញលេញ
ព័ត៌មានដែលនៅខ្វះរួមមាន _____

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញពេញលេញ

_____ ហត្ថលេខា _____ កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
_____ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)
_____ ឈ្មោះ

៨.២.២ លើកទី២

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញមិនពេញលេញ
ព័ត៌មានដែលនៅខ្វះរួមមាន _____

ពាក្យសុំត្រូវបានពិនិត្យ និង ត្រូវបានបំពេញពេញលេញ

ហត្ថលេខា _____

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ _____

៨.៣ យោបល់របស់ប្រធានក្រុមប្រឹក្សាគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលខេត្ត

អនុម័តលើពាក្យស្នើសុំអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈនេះ
 មិនអនុម័តលើពាក្យស្នើសុំអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈនេះ
ដោយមូលហេតុ _____

ផ្សេងៗ _____

ហត្ថលេខា _____

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
(ថ្ងៃ/ ខែ / ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ _____

៨.៤ យោបល់របស់មន្ត្រីក្រុមប្រឹក្សាគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាលថ្នាក់ជាតិ

គួរអនុម័តលើពាក្យស្នើសុំអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

មិនគួរអនុម័តលើពាក្យស្នើសុំអាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

ដោយមូលហេតុ_____

ហត្ថលេខា

ឈ្មោះ

កាលបរិច្ឆេទ _____/_____/_____
(ថ្ងៃ/ ខែ / ឆ្នាំ)

៨.៥ សេចក្តីសម្រេចចិត្តរបស់ប្រធានក្រុមប្រឹក្សាគណៈវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល ឬ អ្នកតំណាង

យល់ព្រមផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

មិនយល់ព្រមផ្តល់អាជ្ញាប័ណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈ

ដោយមូលហេតុ_____

ហត្ថលេខា

ឈ្មោះ

កាលបរិច្ឆេទ _____/_____/_____
(ថ្ងៃ/ ខែ / ឆ្នាំ)

៨.៦ យោបល់របស់មន្ត្រីទទួលបន្ទុកបោះពុម្ពអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈសុខាភិបាល

បានបោះពុម្ពអាជ្ញាបណ្ណប្រកបវិជ្ជាជីវៈបន្តរួចហើយ
កាលបរិច្ឆេទបោះពុម្ព _____ / _____ / _____
ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ

ផ្សេងៗ _____

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ _____ / _____ / _____
(ថ្ងៃ/ ខែ / ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ