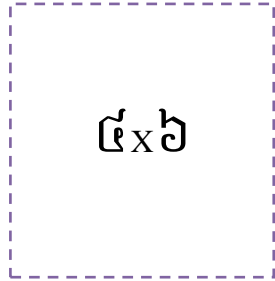




ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ
១១ + ២២



គណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា

ពាក្យសុំចុះឈ្មោះក្នុងបញ្ជីគណៈគ្រូពេទ្យ

រាជធានី/ខេត្ត :

(ឈ្មោះខេត្តដែលលោក-លោកស្រីសរសេរខាងលើនេះ ត្រូវតែជាខេត្តដែលគ្លីនិកឯកជនរបស់លោក-លោកស្រីស្ថិតនៅ។ បើសិនលោក-លោកស្រីមិនធ្វើការងារនៅគ្លីនិកឯកជនទេ សូមដាក់ឈ្មោះខេត្តដែលលោក-លោកស្រីចំណាយពេលវេលាធ្វើការច្រើនបំផុត)

២២០៩២២០៩២២០៩

១. ប្រភេទបញ្ជីដែលសុំចុះឈ្មោះ

ប្រភេទ «ក» <input type="checkbox"/>	ប្រភេទ «ខ» <input type="checkbox"/>	ប្រភេទ «ឃ» <input type="checkbox"/>
និស្សិតអន្តេរាសិក <input type="checkbox"/>		
និស្សិតឯកទេស <input type="checkbox"/>		

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. ការបញ្ជូនបណ្ណាល័យវិជ្ជាសាស្ត្រមូលដ្ឋាន

សូមរាយសញ្ញាបត្រមូលដ្ឋានទាំងអស់ដែលលោក-លោកស្រីមាន។ ប្រសិនបើ លោក-លោកស្រីមានទាំងសញ្ញាបត្រវិជ្ជាសាស្ត្រ និងសញ្ញាបត្រគ្រូពេទ្យមធ្យម។ សូមបំពេញសញ្ញាបត្រនីមួយៗក្នុងជួរឆ្នាំនិមួយៗក្នុងតារាងខាងក្រោម ។ សូមយកមកជាមួយនូវច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ថតចម្លងដែលមានការបញ្ជាក់នៃសញ្ញាបត្រនីមួយៗ មកកាន់ការិយាល័យគណៈគ្រូពេទ្យរាជធានី/ខេត្ត របស់លោក-លោកស្រី។

*ប្រសិនបើ លោក-លោកស្រីបានទទួលសញ្ញាបត្រមូលដ្ឋានណាមួយក្រៅពីប្រទេសកម្ពុជា លោក-លោកស្រីត្រូវផ្តល់ជូនការិយាល័យគណៈគ្រូពេទ្យខេត្តរបស់លោក-លោកស្រី នូវច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ថតចម្លងដែលមានការបញ្ជាក់នៃវិញ្ញាបនបត្រ/សញ្ញាបត្រដែលមានតម្លៃស្មើ ចេញដោយគណៈកម្មាធិការពិនិត្យវាយតម្លៃកម្រិតសញ្ញាបត្រ និងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា។

កាលបរិច្ឆេទ			ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល	ប្រទេស	កម្រិតសញ្ញាបត្រ
ពីឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួនឆ្នាំ			
					<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យមធ្យម <input type="checkbox"/> និស្សិត: _____
					<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យមធ្យម <input type="checkbox"/> និស្សិត: _____
					<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យមធ្យម <input type="checkbox"/> និស្សិត: _____
					<input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត <input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យមធ្យម <input type="checkbox"/> និស្សិត: _____

៣-B. ការបញ្ជូនបណ្ណាល័យឯកទេស

សូមរាយសញ្ញាបត្រឯកទេសទាំងអស់ដែលលោក-លោកស្រីមាន និងយកមកជាមួយនូវច្បាប់ដើម ឬច្បាប់ថតចម្លងដែលមានការបញ្ជាក់នៃសញ្ញាបត្រនីមួយៗ មកកាន់ការិយាល័យ គណៈគ្រូពេទ្យខេត្តរបស់លោក-លោកស្រី នៅពេលមកដាក់ពាក្យ។

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

៤. សញ្ញាប័ត្រផ្សេងៗ

កាលបរិច្ឆេទ		ជំនាញ	ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល	ប្រទេស	កម្រិតសញ្ញាបត្រ
ពីឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)				

៥. ការបណ្តុះបណ្តាលវគ្គខ្លី (ការបណ្តុះបណ្តាលបំប៉ន សិក្ខាសាលា...) ក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ(CME)

កាលបរិច្ឆេទ		ចំនួនម៉ោង	ជំនាញ/ប្រធានបទ	ស្ថាប័នបណ្តុះបណ្តាល
ពីឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)			

៦. អត្ថបទបោះពុម្ព/និក្ខេបន/របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ/ការបង្ហាញ/ការបង្រៀនខ្លី

តិចជាង៣ឆ្នាំ

កាលបរិច្ឆេទ	ប្រធានបទស្រាវជ្រាវ	
		<input type="checkbox"/> អត្ថបទបោះពុម្ព <input type="checkbox"/> និក្ខេបន <input type="checkbox"/> ការបង្ហាញ <input type="checkbox"/> ការបង្រៀនខ្លី <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ
		<input type="checkbox"/> អត្ថបទបោះពុម្ព <input type="checkbox"/> និក្ខេបន <input type="checkbox"/> ការបង្ហាញ <input type="checkbox"/> ការបង្រៀនខ្លី <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ
		<input type="checkbox"/> អត្ថបទបោះពុម្ព <input type="checkbox"/> និក្ខេបន <input type="checkbox"/> ការបង្ហាញ <input type="checkbox"/> ការបង្រៀនខ្លី <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ

៣ឆ្នាំឬលើស

កាលបរិច្ឆេទ	ប្រធានបទស្រាវជ្រាវ	
		<input type="checkbox"/> អត្ថបទបោះពុម្ព <input type="checkbox"/> និក្ខេបន <input type="checkbox"/> ការបង្ហាញ <input type="checkbox"/> ការបង្រៀនខ្លី <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ
		<input type="checkbox"/> អត្ថបទបោះពុម្ព <input type="checkbox"/> និក្ខេបន <input type="checkbox"/> ការបង្ហាញ <input type="checkbox"/> ការបង្រៀនខ្លី <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ
		<input type="checkbox"/> អត្ថបទបោះពុម្ព <input type="checkbox"/> និក្ខេបន <input type="checkbox"/> ការបង្ហាញ <input type="checkbox"/> ការបង្រៀនខ្លី <input type="checkbox"/> របាយការណ៍ស្រាវជ្រាវ

៧. បទពិសោធន៍ការងារ

៧ - A. បន្ទប់ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ/គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ ឯកជន (ក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ)

តើលោក-លោកស្រីកំពុងធ្វើការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ នៅបន្ទប់ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ/គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ ឯកជន មួយកន្លែង (ឬច្រើន) ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ ឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/>
	ទេ <input type="checkbox"/>

សូមរាយបទពិសោធន៍ការងាររបស់លោក-លោកស្រីក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន និងក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ នៅកន្លែងបន្ទប់ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ/គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យ ឯកជន តែប៉ុណ្ណោះ (ចាប់ផ្តើមពីការងារបច្ចុប្បន្ន និងបន្តថយក្រោយ)

កាលបរិច្ឆេទ			ឈ្មោះបន្ទប់ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ/គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យឯកជន	ខេត្ត	ប្រទេស	តួនាទី
ពីឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួនឆ្នាំ				

៧ - B. មន្ទីរពេទ្យ/មណ្ឌលសុខភាព រដ្ឋ អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល និងផ្សេងទៀត (ក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំចុងក្រោយ)

សូមរាយការណ៍ការងារផ្សេងទៀតដែលលោក-លោកស្រីបានធ្វើក្រៅពីការងារនៅកន្លែងបន្ទប់ពិនិត្យនិងព្យាបាលជំងឺ/គ្លីនិក/មន្ទីរពេទ្យឯកជន ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ។ ការងារក្នុងផ្នែកនេះរួមមាន ការងារនៅមន្ទីរពេទ្យរដ្ឋ ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ មន្ទីរសុខាភិបាល ក្រសួងសុខាភិបាល អង្គការមិនមែនរដ្ឋាភិបាល សាកលវិទ្យាល័យ យោធា នគរបាល ។ល។ (ចាប់ផ្តើមពីការងារបច្ចុប្បន្ន និងបន្តថយក្រោយ រយៈពេល៣ឆ្នាំ)

កាលបរិច្ឆេទ			ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការ សូមគូសនៅក្នុងប្រអប់ រដ្ឋ / NGO / យោធា / នគរបាល / ផ្សេងៗ	ខេត្ត	ប្រទេស	មុខតំណែង	សេចក្តីសង្ខេបអំពីតួនាទី និងការទទួលខុសត្រូវ សូមគូសនៅក្នុងប្រអប់ ការងារផ្នែកគ្លីនិក / មិនមែនគ្លីនិក
ពីឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ចំនួនឆ្នាំ					
			<input type="checkbox"/> រដ្ឋ <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> យោធា <input type="checkbox"/> នគរបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ				<input type="checkbox"/> ការងារផ្នែកគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក
			<input type="checkbox"/> រដ្ឋ <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> យោធា <input type="checkbox"/> នគរបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ				<input type="checkbox"/> ការងារផ្នែកគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក
			<input type="checkbox"/> រដ្ឋ <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> យោធា <input type="checkbox"/> នគរបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ				<input type="checkbox"/> ការងារផ្នែកគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក
			<input type="checkbox"/> រដ្ឋ <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> យោធា <input type="checkbox"/> នគរបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ				<input type="checkbox"/> ការងារផ្នែកគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក
			<input type="checkbox"/> រដ្ឋ <input type="checkbox"/> NGO <input type="checkbox"/> យោធា <input type="checkbox"/> នគរបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ				<input type="checkbox"/> ការងារផ្នែកគ្លីនិក <input type="checkbox"/> ការងារមិនមែនគ្លីនិក

៨. ការស្រាវជ្រាវដែលបានចូលរួមក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ

កាលបរិច្ឆេទ		ប្រធានបទស្រាវជ្រាវ	តួនាទី	សង្ខេបការងារ
ពីឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ឆ្នាំ (ខែ/ឆ្នាំ)			

៩ - A. បញ្ហាជួបប្រទះក្នុងការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងរយៈពេល៣ឆ្នាំចុងក្រោយ

<p>តើអ្នកកំពុងមាន ឬ ធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវកាយ ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាព ក្នុង ការប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ? (ពិការភាពផ្លូវកាយដោយសាររបួសឬជំងឺ...)</p>	<p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>
<p>តើអ្នកកំពុងមាន ឬ ធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវចិត្ត ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពក្នុងការ ប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រឬទេ? (ស្ថានភាពទាំងនោះរួមមាន៖ ស្ថានភាពប្រព័ន្ធ ប្រសាទ ផ្លូវចិត្ត ការញៀន (ថ្នាំ សុរា) បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋានទំនាក់ទំនងរបស់គ្រូពេទ្យព្យាបាល</p> <p>ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ:</p> <p>លេខទូរស័ព្ទ:</p>	<p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>
<p>តើអ្នកធ្លាប់ទទួលបានការផ្នែកវិន័យ ដោយសារអាជ្ញាធរសុខាភិបាល គណៈគ្រូពេទ្យ ឬ អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ចផ្សេងទៀត នៅកម្ពុជា ឬ ប្រទេសផ្សេងទៀត ឬទេ? (វិធានការផ្នែកវិន័យរួមមាន៖ ការព្រមាន ការព្យួរអាជ្ញាបត្រ ការព្យួរសញ្ញាបត្រ ការផ្អាក/បិទគ្លីនិក/បន្ទប់ពិគ្រោះជំងឺ...)</p> <p>បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីវិធានការវិន័យដែលបានទទួល៖</p> <p>ប្រភេទវិន័យ:</p> <p>បទចោទប្រកាន់:</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ:/...../.....</p> <p>បច្ចុប្បន្នភាព: នៅមានសុពលភាព <input type="checkbox"/> អស់សុពលភាព <input type="checkbox"/> កាលបរិច្ឆេទអស់សុពលភាព:/...../.....</p>	<p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>
<p>តើអ្នកធ្លាប់ទទួលបានការផ្ដន្ទាទោស ដោយតុលាការ នៅកម្ពុជា ឬ នៅប្រទេសផ្សេងឬទេ?</p> <p>បើឆ្លើយ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលំអិតអំពីការផ្ដន្ទាទោសដែលបានទទួល៖</p> <p>ប្រភេទទោស</p> <p>បទចោទប្រកាន់:.....</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ:/...../.....</p>	<p>បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/></p>

៩ - B. ការពិនិត្យព្យាបាលជំងឺ

តើបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកពិនិត្យព្យាបាលជំងឺឬទេ?	បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/>
បើឆ្លើយ ទេ តើអ្នកអាក់ខានពិនិត្យព្យាបាលជំងឺអស់រយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ?	តិចជាង៣ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> ៣ឆ្នាំឬលើស <input type="checkbox"/>

១០. ការធានាអះអាង

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

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

១១. បញ្ជីផ្សេងៗផ្ទៀងផ្ទាត់សម្រាប់មន្ត្រីទទួលពាក្យ

រូបថត ៤ X ៦ ចំនួន ២ សន្លឹក	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
សំណៅថតចម្លង សញ្ញាបត្រ និង លិខិតបញ្ជាក់ពីការបណ្តុះបណ្តាលនានា	
- សំណៅថតចម្លង ឬច្បាប់ដើម សញ្ញាបត្រវេជ្ជបណ្ឌិត	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
- សំណៅថតចម្លង ឬច្បាប់ដើម សញ្ញាបត្រគ្រូពេទ្យមធ្យម	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
- សំណៅថតចម្លង ឬច្បាប់ដើម សញ្ញាបត្រឯកទេសវេជ្ជសាស្ត្រ	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
ច្បាប់ដើម ឬសំណៅថតចម្លងដែលមានបញ្ជាក់នៃវិញ្ញាបនបត្រដែលមានតម្លៃស្មើ ដែលចេញដោយគណៈកម្មាធិការពិនិត្យ វាយតម្លៃសញ្ញាបត្រនិងលិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សាចំពោះរាល់សញ្ញាបត្រដែលបានទទួលពី បរទេស (បើមាន)	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
ពាក្យសុំប្រណិធានរបស់អ្នកប្រកបវិជ្ជាជីវៈវេជ្ជសាស្ត្រដោយមានចុះហត្ថលេខា ០២ច្បាប់	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
សំណៅចម្លងលិខិតវិញ្ញាបនបត្របញ្ជាក់ពីការបណ្តុះបណ្តាលវគ្គខ្លី (CME)	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
សំណៅថតចម្លង បណ្ណសមាជិក/បញ្ជី គណៈគ្រូពេទ្យ ឬអាជ្ញាបត្រប្រកបវិជ្ជាជីវៈ ចេញដោយគណៈគ្រូពេទ្យកម្ពុជា ឬគណៈគ្រូពេទ្យប្រទេសសាមី	មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>
ឯកសារពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត	
ពាក្យសុំបានបំពេញត្រឹមត្រូវ និង ពេញលេញ	
ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះមន្ត្រីទទួលពាក្យ	កាលបរិច្ឆេទ/...../.....
យោបល់របស់គណៈកម្មការវាយតម្លៃ	
ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះតំណាងគណៈកម្មការវាយតម្លៃ	កាលបរិច្ឆេទ/...../.....

ការបង់ប្រាក់នាគមន៍ – សម្រាប់បំពេញដោយមន្ត្រីចុះបញ្ជីការបង់ក្រុមប្រឹក្សាគណៈគ្រូពេទ្យរាជធានី/ខេត្ត

សូមគូស នៅក្នុងប្រអប់ចំនួនទឹកប្រាក់ដែលត្រឹមត្រូវតាមប្រភេទបញ្ជីកា ខេត្ត និងរយៈពេលសុពលភាពនៃបញ្ជីកា ដែលបានស្នើសុំ

ប្រភេទ	ខេត្តចុះបញ្ជីកា	ទឹកប្រាក់	បានបង់	មិនបានបង់
ក – គ្រូពេទ្យ	ភ្នំពេញ កណ្តាល កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ស្ពឺ បាត់ដំបង ពោធិសាត់ សៀមរាប បន្ទាយមានជ័យ កំពត-កែប តាកែវ ព្រះសីហនុ កោះកុង ក្រចេះ កំពង់ចាម កំពង់ធំ ស្វាយរៀង ព្រៃវែង	២៤០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		៤៨០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		៧២០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ក – គ្រូពេទ្យ	រតនៈគិរី មណ្ឌលគិរី ព្រះវិហារ ប៉ៃលិន ឧត្តរមានជ័យ ស្ទឹងត្រែង	១២០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		២៤០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		៣៦០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ក – និស្សិតអន្តេរាសិក ឬនិស្សិតឯកទេស	ភ្នំពេញ កណ្តាល កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ស្ពឺ បាត់ដំបង ពោធិសាត់ សៀមរាប បន្ទាយមានជ័យ កំពត-កែប តាកែវ ព្រះសីហនុ កោះកុង ក្រចេះ កំពង់ចាម កំពង់ធំ ស្វាយរៀង ព្រៃវែង	១២០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		២៤០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		៣៦០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ក – និស្សិតអន្តេរាសិក ឬនិស្សិតឯកទេស	រតនៈគិរី មណ្ឌលគិរី ព្រះវិហារ ប៉ៃលិន ឧត្តរមានជ័យ ស្ទឹងត្រែង	៦០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		១២០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		១៨០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ខ	ភ្នំពេញ កណ្តាល កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ស្ពឺ បាត់ដំបង ពោធិសាត់ សៀមរាប បន្ទាយមានជ័យ កំពត-កែប តាកែវ ព្រះសីហនុ កោះកុង ក្រចេះ កំពង់ចាម កំពង់ធំ ស្វាយរៀង ព្រៃវែង	២៤០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		៤៨០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		៧២០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ខ	រតនៈគិរី មណ្ឌលគិរី ព្រះវិហារ ប៉ៃលិន ឧត្តរមានជ័យ ស្ទឹងត្រែង	១២០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		២៤០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		៣៦០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ង	ភ្នំពេញ កណ្តាល កំពង់ឆ្នាំង កំពង់ស្ពឺ បាត់ដំបង ពោធិសាត់ សៀមរាប បន្ទាយមានជ័យ កំពត-កែប តាកែវ ព្រះសីហនុ កោះកុង ក្រចេះ កំពង់ចាម កំពង់ធំ ស្វាយរៀង ព្រៃវែង	១២០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		២៤០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		៣៦០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
ង	រតនៈគិរី មណ្ឌលគិរី ព្រះវិហារ ប៉ៃលិន ឧត្តរមានជ័យ ស្ទឹងត្រែង	៦០០០០រៀល (1ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		១២០០០០រៀល (2ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	
		១៨០០០០រៀល (3ឆ្នាំ)	<input type="checkbox"/>	