

Affix the label here  
(Internal Use Only)

## សេចក្តីអនុញ្ញាតដល់ភាគីទី៣ក្នុងការចុះកិច្ចព្រមព្រៀងផ្តល់ការ ព្យាបាលដល់ក្មេងក្រោមអាយុដែលខ្វះសមត្ថភាពផ្តល់កិច្ចព្រមព្រៀង

- ខ្ញុំគឺជា  ឪពុកម្តាយ  អ្នកអាណាព្យាបាល  ជនដទៃដែលមានសិទ្ធិមើលថែស្របច្បាប់ \_\_\_\_\_  
(ពណ៌នាទំនាក់ទំនងស្របច្បាប់)

របស់(ឈ្មោះរបស់ក្មេងក្រោមអាយុ) \_\_\_\_\_ ដែលជាក្មេងក្រោមអាយុ

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតដល់ (ឈ្មោះអ្នកតំណាង) \_\_\_\_\_ ធ្វើជាអ្នកតំណាងរបស់ខ្ញុំក្នុងការចុះកិច្ចព្រមព្រៀងទៅលើការវិនិច្ឆ័យអាគរីការព្យាបាល ការត្រួតពិនិត្យដោយកាំរស្មី ការចាក់ថ្នាំស្តីក ការវះកាត់ ជម្ងឺធ្មេញ និងការសំរាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យតាមការណែនាំ ដែលបានសំរេចទៅតាមធម្មតា រឺក្រោមការត្រួតពិនិត្យជាពិសេសអំពីគ្រូពេទ្យដែលមានសញ្ញាប័ត្រណាម្នាក់នៅមន្ទីរក្សាសុខភាពអេសៀនប៉ាស៊ីហ្វិកហើលយែរវ៉ែនឈ័រអ៊ិនស៊ីត (APHCV), ទោះជាអាគរីវិនិច្ឆ័យ រឺការព្យាបាលនោះត្រូវបានផ្តល់នៅក្នុងការិយាល័យរបស់គ្រូពេទ្យ រឺនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យក៏ដោយ។

ខ្ញុំយល់ថា សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ គឺត្រូវផ្តល់ជូនមុនពេលធ្វើអាគរីវិនិច្ឆ័យ មុនពេលព្យាបាល រឺមុនពេលតម្រូវអោយចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ប៉ុន្តែអំណាចបានត្រូវប្រគល់ទៅអោយអ្នកតំណាងដែលមានឈ្មោះខាងលើ ជាអ្នកទទួលចុះកិច្ចព្រមព្រៀងទទួលយល់ព្រមអោយគ្រូពេទ្យ រឺទន្តពេទ្យដែលមានសញ្ញាប័ត្រផ្តល់នូវការធ្វើអាគរីវិនិច្ឆ័យ ការព្យាបាល រឺ ការចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ។

សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះ បានត្រូវផ្តល់ជូនស្របទៅតាមបទបញ្ញត្តិគ្រួសារមាត្រាទី6910។

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតអោយ APHCV ផ្តល់ការព្យាបាលដល់ក្មេងក្រោមអាយុដែលមានឈ្មោះខាងលើ ស្របទៅតាមខដែលមានចែងក្នុងបទបញ្ញត្តិគ្រួសារមាត្រាទី 6910 សិទ្ធិព្យាបាលនៃក្មេងក្រោមអាយុ ត្រូវបានផ្តល់ជូនទៅអ្នកតំណាងដែលមានឈ្មោះខាងលើ រហូតដល់ពេលបញ្ចប់ការព្យាបាល។ សេចក្តីអនុញ្ញាតនេះបានផ្តល់ស្របទៅតាមបទបញ្ញត្តិសុខភាពនិងសុវត្ថិភាពមាត្រាទី1283 ។

សេចក្តីអនុញ្ញាតទាំងនេះនឹងត្រូវបានរក្សាអោយមានប្រសិទ្ធិភាពរហូតដល់(ខែ និង ថ្ងៃ \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_, លុះត្រាតែមានលិខិតសរសេរផ្ញើមកទើបលុបឈ្មោះអ្នកតំណាងដែលមានឈ្មោះខាងលើនេះចេញបាន(យូរបំផុត១ឆ្នាំ)

ខែ-ថ្ងៃ-ឆ្នាំ                   : \_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខា                    : \_\_\_\_\_  
ឈ្មោះ                         : \_\_\_\_\_

(សូមគូសរង្វង់នៅលើទំនាក់ទំនង៖ ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/ជនដែលមានសិទ្ធិមើលថែស្របច្បាប់)