

ឧបសម្ព័ន្ធ ៨

វិក្កយបត្រប្រគល់ប្រាក់ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព

មន្ទីរពេទ្យ .................................................................

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ............................. ភេទ ........... អាយុ ........... ឆ្នាំ លេខប័ណ្ណមូលនិធិសមធម៌ .............................................................

អាសយដ្ឋាន ............................................................................. លេខសំណុំលិខិត ........................................................................

ថ្លៃអាហារអ្នកជំងឺ (ចំនួនទឹកប្រាក់ក្នុងមួយថ្ងៃ ៥,០០០ រៀល)

ទឹកប្រាក់សរុបជាលេខ ......................................... ទឹកប្រាក់សរុបជាអក្សរ ........................................................................................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ |
| ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ |
| ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ | ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ  5,000 ៛ |

ថ្លៃធ្វើដំណើរ និងប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព

|  |
| --- |
| ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ |

១. ចម្ងាយពីផ្ទះ/កន្លែងស្នាក់នៅ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ចំនួនទឹកប្រាក់ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ រៀល

|  |
| --- |
| ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ |

២. ថ្លៃធ្វើដំណើរពីមន្ទីរពេទ្យ ទៅមន្ទីរពេទ្យ ចំនួនទឹកប្រាក់ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ រៀល

|  |
| --- |
| ថ្ងៃទី \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  ស្នាមមេដៃ |

៣. ប្រាក់ឧបត្ថម្ភបុណ្យសព ចំនួនទឹកប្រាក់ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ រៀល

ទឹកប្រាក់សរុបជាលេខ ......................................... ទឹកប្រាក់សរុបជាអក្សរ ........................................................................................

ថ្ងៃទី \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

អ្នកប្រគល់ប្រាក់  
  
  
ឈ្មោះ .......................