

ការផ្តល់ដំណើរការសេវាសុខភាពសម្រាប់បុគ្គលិក

DS 1804 (Rev. 11/06)

ឈ្មោះរបស់អ្នកដែលស្នើសុំអោយមានសវនាការ (អ្នកប្តឹងតវ៉ា)	លេខរបស់រឿងក្តី OAH :
អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ
ឈ្មោះរបស់អ្នកតំណាងស្របច្បាប់	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកប្តឹងតវ៉ា
អាសយដ្ឋាន	លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ

ឈ្មោះរបស់មជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់

បញ្ហាដែលបានយោងនៅខាងលើ ត្រូវបានដោះស្រាយយ៉ាងពេញចិត្តតាមរយៈដំណើរការដូចខាងក្រោម : (សូមគូសប្រអប់ដែលសមរម្យ)

- ការជួបមិនមែនជាផ្លូវការជាមួយនាយកមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ ឬ ជួបជាមួយអ្នករៀបចំរបស់គាត់
- ការសម្របសម្រួល
- ផ្សេងៗ (សូមពន្យល់នៅខាងក្រោម) :

ហត្ថលេខារបស់អ្នកប្តឹងតវ៉ា
ឬអ្នកតំណាងស្របច្បាប់ > _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាងមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ
ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ > _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

បុគ្គលិករបស់មជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់នឹងចុះហត្ថលេខាជំនួស នៅពេលដែលមិនអាចទទួលបាននូវហត្ថលេខារបស់អ្នកប្តឹងតវ៉ា ឬ តំណាងស្របច្បាប់ ។

ខ្ញុំសូមអះអាងបញ្ជាក់នៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃការភូតភរតុលាការថា ខ្ញុំបាននិយាយដោយផ្ទាល់ខ្លួនជាមួយនឹងអ្នកប្តឹងតវ៉ា ឬ អ្នកតំណាងស្របច្បាប់របស់អ្នកប្តឹងតវ៉ា ហើយបុគ្គលនោះ បានបញ្ជាក់ប្រាប់ខ្ញុំថា បញ្ហាទាំងឡាយដែលបានកំណត់ទុកសម្រាប់ការធ្វើសវនាការត្រូវបានដោះស្រាយរួចហើយ ហើយមិនចាំបាច់មានសវនាការទៀតទេ ។ សំណៅនៃបែបបទនេះ នឹងត្រូវចែកជូនដំណាលគ្នាទៅអោយអ្នកប្តឹងតវ៉ា និង OAH ។

ឈ្មោះរបស់តំណាងមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ
ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ > _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ហត្ថលេខារបស់តំណាងមជ្ឈមណ្ឌលអភិវឌ្ឍន៍ប្រចាំរដ្ឋ
ឬ មជ្ឈមណ្ឌលប្រចាំតំបន់ > _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

