

ទម្រង់បែបបទផ្លាស់ប្តូរសំណើបណ្តឹងសាទុក្ខ

លេខតាមដាន DDS:

លេខសំណុំរឿង OAH:

ឈ្មោះបុគ្គល បណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់ (អ្នកទាមទារ):

អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល (ប្រសិនបើអ្នកមានស្នើសុំ):

មជ្ឈមណ្ឌលតំបន់:

នីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខមានបីផ្នែក។ ប្រើទម្រង់បែបបទនេះដើម្បីផ្លាស់ប្តូរផ្នែកណាមួយដែលអ្នកចង់ប្រើប្រាស់។
ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រាស់ផ្នែកមួយនៃនីតិវិធីនេះរួចហើយ អ្នកមិនអាចស្នើសុំវាម្តងទៀតបានទេ។

ប្រសិនបើអ្នកចង់ថែម លុបចោល ឬផ្លាស់ប្តូរផ្នែកមួយនៃនីតិវិធីបណ្តឹងសាទុក្ខ សូមជ្រើសរើសខាងក្រោម:

<input type="checkbox"/> កិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការ <input type="checkbox"/> ថែម <input type="checkbox"/> លុបចោល <input type="checkbox"/> ផ្លាស់ប្តូរ	អ្នកជួបជាមួយនាយកមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ ឬនរណាម្នាក់ដែលពួកគេជ្រើសតាំង។ អ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់នឹងព្យាយាមដោះស្រាយបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ ខ្ញុំចង់ឱ្យកិច្ចប្រជុំក្រៅផ្លូវការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង: <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> តាមវីដេអូ និង/ឬ <input type="checkbox"/> តាមទូរសព្ទ
<input type="checkbox"/> ការនាំសម្រុះសម្រួល <input type="checkbox"/> ថែម <input type="checkbox"/> លុបចោល <input type="checkbox"/> ផ្លាស់ប្តូរ	អ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់ជួបជាមួយអ្នកនាំសម្រុះសម្រួល។ អ្នកនាំសម្រុះសម្រួលគឺជាបុគ្គលអព្យាក្រឹត មកពីក្រសួងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀត។ អ្នកនាំសម្រុះសម្រួលជួយអ្នក និងមជ្ឈមណ្ឌលតំបន់បង្កើតកិច្ចព្រមព្រៀងពីបណ្តឹងសាទុក្ខរបស់អ្នក។ ខ្ញុំចង់ឱ្យការនាំសម្រុះសម្រួលរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង: <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> តាមវីដេអូ និង/ឬ <input type="checkbox"/> តាមទូរសព្ទ
<input type="checkbox"/> អង្គការសវនាការ <input type="checkbox"/> ថែម <input type="checkbox"/> លុបចោល <input type="checkbox"/> ផ្លាស់ប្តូរ	អង្គការសវនាការរបស់អ្នកគឺធ្វើឡើងជាមួយមន្ត្រីសវនាការ។ មន្ត្រីសវនាការគឺជាបុគ្គលអព្យាក្រឹត មកពីក្រសួងរដ្ឋមួយផ្សេងទៀត។ មន្ត្រីសវនាការស្តាប់អង្គហេតុពីបណ្តឹងសាទុក្ខនេះ។ ខ្ញុំចង់ឱ្យសវនាការរបស់ខ្ញុំធ្វើឡើង: <input type="checkbox"/> ដោយផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> តាមវីដេអូ និង/ឬ <input type="checkbox"/> តាមទូរសព្ទ

ពន្យល់ពីការផ្លាស់ប្តូររបស់អ្នក (ប្រសិនបើចាំបាច់)៖

ហត្ថលេខា របស់បុគ្គលបណ្តឹងសាទុក្ខគឺសម្រាប់ឪពុកម្តាយរបស់អតិថិជន,
អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ អ្នកមើលថែ អាណាព្យាបាល ឬមេធាវី៖

កាលបរិច្ឆេទ៖

អ្នកត្រូវតែចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទនៅកន្លែងចន្លោះខាងលើ។
ទម្រង់បែបបទនេះអាចត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយប៊ិច ឬតាមអេឡិចត្រូនិក។ ការសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នក
មានន័យថាអ្នកនឹងយល់ព្រមថាអ្នកបានចុះហត្ថលេខាតាមអេឡិចត្រូនិកនៅលើទម្រង់បែបបទនេះ។

ព័ត៌មានសម្រាប់អតិថិជន ក្រុមសុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន កាលីហ្វ័រញ៉ា ផ្នែក 4514 និង 5328, ច្បាប់ ស្តីពី
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាព និងគណនេយ្យភាព