



ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាមេកូជនប្រឡងជ្រើសរើសចូលរៀន

ថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស

នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាលសម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០២៣-២០២៤



សូមជ្រើសរើសយកឯកទេស ដោយគុណសញ្ញា <input checked="" type="checkbox"/> ក្នុងប្រអប់តែមួយគត់នៃបញ្ជីឯកទេសខាងក្រោម	
1. <input type="checkbox"/> កាយវិភាគ និងកោសិកាពោធិវិទ្យា (Anatomopathologie: ANA)	12. <input type="checkbox"/> សម្ភព និង ពេទ្យស្ត្រី (Gynécologie-obstétrique: GYN)
2. <input type="checkbox"/> ប្រពោធនកម្ម ដាក់ថ្នាំសណ្តាំ និង សង្គ្រោះបន្ទាន់ (Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence: ANE)	13. <input type="checkbox"/> វិទ្យាសាស្ត្រ និង រូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រ (Radiologie et Imagerie Médicale: IMA)
3. <input type="checkbox"/> ជំងឺមហារីក (Oncologie: CAN)	14. <input type="checkbox"/> វេជ្ជសាស្ត្រទូទៅ (Médecine Interne: MEG)
4. <input type="checkbox"/> បេះដូងវិទ្យា (Cardiologie: CAR)	15. <input type="checkbox"/> សល្យសាស្ត្រប្រព័ន្ធប្រសាទ (Neuro-Chirurgie: NEU)
5. <input type="checkbox"/> សល្យសាស្ត្រទូទៅ និងប្រព័ន្ធរំលាយអាហារ (Chirurgie Générale et Digestive: CHV)	16. <input type="checkbox"/> ចក្ខុវិទ្យា (Ophtalmologie: OPT)
6. <input type="checkbox"/> សល្យសាស្ត្រជំងឺ ឆ្អឹង និងបាក់បែក (Chirurgie Orthopédique et Traumatologique: CHO)	17. <input type="checkbox"/> ត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់ក (ORL)
7. <input type="checkbox"/> សល្យសាស្ត្រកុមារ (Chirurgie Pédiatrique: CHP)	18. <input type="checkbox"/> វិជ្ជាពេទ្យកុមារ (Pédiatrie: PED)
8. <input type="checkbox"/> សោភ័ណសល្យសាស្ត្រ (Chirurgie Plastique et Reconstructive: CPL)	19. <input type="checkbox"/> ជំងឺសួត (Pneumologie: PNE)
9. <input type="checkbox"/> ជំងឺស្បែក (Dermatologie: DER)	20. <input type="checkbox"/> វិកលវិទ្យា (Psychiatrie: PSY)
10. <input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម និងជំងឺក្រពេញ (Diabétologie-Endocrinologie et Maladies Métabolique: END)	21. <input type="checkbox"/> សល្យសាស្ត្រប្រព័ន្ធទឹកម៉ូត្រ (Chirurgie Urologique:URO)
11. <input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើម ក្រពះ ពោះវៀន (Hépto-Gastro-Enterologie: GAS)	

នាមត្រកូល និង នាមខ្លួន.....

Family Name:..... Given Names:.....
(សូមសរសេរអក្សរធំទាំងអស់)

ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត..... ភេទ.....

ទីកន្លែងកំណើត (រាជធានី/ខេត្ត).....

កំរិតសញ្ញាបត្របច្ចុប្បន្ន៖ បរិ.វិ.វេជ្ជសាស្ត្រ វេជ្ជបណ្ឌិត ធ្លាប់ញប់.....
មកពីសាកលវិទ្យាល័យ.....

ឆ្នាំសិក្សាប្រឡងថ្នាក់ជាតិជាប់ចូលរៀនវិស័យសុខាភិបាល.....

មុខរបរបច្ចុប្បន្ន..... ស.វិទ្យាល័យ/អង្គភាព.....

លេខទូរស័ព្ទ..... អ៊ីមែល.....



លេខបញ្ជី:

បិទបញ្ជី
៤ x ៦

បន្ទាន់ដៃទទួលពាក្យ

- នាមត្រកូល និង នាមខ្លួន (ជាអក្សរខ្មែរ):
 - ឈ្មោះអក្សរឡាតាំង (សរសេរអក្សរធំ)..... ភេទ.....សញ្ជាតិ
 - ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត ទីកន្លែងកំណើត
 - កម្រិតសញ្ញាបត្របច្ចុប្បន្នមកពីសាកលវិទ្យាល័យ/សាលា
 - ទូរស័ព្ទសាមីខ្លួន.....
 - ឈ្មោះអាណាព្យាបាល ឬ អ្នកទំនាក់ទំនងបន្ទាន់..... ទូរស័ព្ទអាណាព្យាបាល.....
- សុំចុះឈ្មោះជាបេក្ខជនប្រឡងជ្រើសរើសចូលរៀន ថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស**
នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០២៣ - ២០២៤ ។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០.....
អ្នកទទួលពាក្យ

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០.....
ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះសាមីខ្លួន

១៧



លេខបញ្ជី:

បិទបញ្ជី
៤ x ៦

បន្ទាន់ដៃទទួលពាក្យ

- នាមត្រកូល និង នាមខ្លួន (ជាអក្សរខ្មែរ):
 - ឈ្មោះអក្សរឡាតាំង (សរសេរអក្សរធំ)..... ភេទ.....សញ្ជាតិ
 - ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត ទីកន្លែងកំណើត
 - កម្រិតសញ្ញាបត្របច្ចុប្បន្នមកពីសាកលវិទ្យាល័យ/សាលា
 - ទូរស័ព្ទសាមីខ្លួន.....
 - ឈ្មោះអាណាព្យាបាល ឬ អ្នកទំនាក់ទំនងបន្ទាន់..... ទូរស័ព្ទអាណាព្យាបាល.....
- សុំចុះឈ្មោះជាបេក្ខជនប្រឡងជ្រើសរើសចូលរៀន ថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស**
នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០២៣ - ២០២៤ ។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០.....
អ្នកទទួលពាក្យ

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០.....
ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះសាមីខ្លួន

១៧



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

បិទប្រថុយ
៤ x ៦

ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាបេក្ខជនប្រឡងជ្រើសរើសចូលរៀន
ថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស
នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០២៣ - ២០២៤

- ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ (ជាអក្សរខ្មែរ)៖ ជាអក្សរឡាតាំង.....
- កេរ..... សញ្ជាតិ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត ទីកន្លែងកំណើត
- មកពីសាកលវិទ្យាល័យ/សាលា
- កម្រិតសញ្ញាបត្របច្ចុប្បន្ន កាលបរិច្ឆេទប្រឡងជាប់.....
- សព្វថ្ងៃជា នៅ (សាកលវិទ្យាល័យ/អង្គការ/ក្រសួង)

(ប្រសិនបើបេក្ខជនជាមន្ត្រីរាជការ ត្រូវមានលិខិតបញ្ជាក់ពីប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត/រាជធានី)

សូមគោរពជូន

ឯកឧត្តមប្រធានគណៈកម្មការប្រឡងជ្រើសរើសនិស្សិតចូលរៀនថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសនៅស.វ.ស

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមគោរពជម្រាបជូនឯកឧត្តមមេត្តាជ្រាបថា ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំមានបំណងចូលរៀន ថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស ផ្នែក..... នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០២៣ - ២០២៤។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមធានាថា ប្រសិនបើបានប្រឡងជាប់ចូលរៀននៅផ្នែកនេះនៅស.វ.ស ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំនឹងពុំទាមទារឱ្យរាជរដ្ឋាភិបាល ដោះស្រាយការងារសម្រាប់រូបខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ក្រោយពីបានបញ្ចប់ការសិក្សាឡើយ។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមសន្យាថា នឹងគោរពតាមនូវរាល់លក្ខខណ្ឌ គោលការណ៍ បទបញ្ជាផ្ទៃក្នុងនៃការប្រឡង និង សេចក្តីសម្រេចនានា របស់ គណៈកម្មការប្រឡងជ្រើសរើសនិស្សិតចូលរៀនថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសនេះ។

អាស្រ័យហេតុនេះ សូមឯកឧត្តមមេត្តាអនុញ្ញាតចុះឈ្មោះខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ ក្នុងបញ្ជីជាបេក្ខជនប្រឡងជ្រើសរើសចូលរៀន ថ្នាក់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេស នៅសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល សម្រាប់ឆ្នាំសិក្សា ២០២៣-២០២៤ ដោយសេចក្តីអនុគ្រោះ។

សូមឯកឧត្តមមេត្តាទទួលនូវសេចក្តីគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ។

សូមជូនភ្ជាប់មកជាមួយនូវ៖

- ១. សលាកបត្រឯកត្តជន (ឬបង្កាន់ដៃទទួលពាក្យ)..... ០១ ច្បាប់
- ២. ពាក្យសុំចុះឈ្មោះជាបេក្ខជនប្រឡងជ្រើសរើស..... ០២ ច្បាប់
- ៣. វិញ្ញាបនបត្រ ឬ សញ្ញាបត្រនៃកម្រិតសិក្សាចុងក្រោយ (ឧទា. បរិញ្ញាបត្រវិទ្យាសាស្ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ ឬ វេជ្ជបណ្ឌិត) (ថតចម្លងមានបញ្ជាក់ពីអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន ដោយយកច្បាប់ដើមមកសម្រាប់ផ្ទៀងផ្ទាត់) ០១ ច្បាប់
- ៤. ព្រឹត្តិបត្រពិន្ទុ (ពីឆ្នាំទី២រហូតដល់ឆ្នាំចុងក្រោយ មាន GPA ច្បាប់ដើម)..... ០១ ច្បាប់
- ៥. ជីវប្រវត្តិសង្ខេប (បិទប្រថុយទើបចតថ្មី ៤ x ៦ ហាមប្រើរូបថតស្កេន)..... ០២ ច្បាប់
- ៦. កិច្ចសន្យាគោរពបទបញ្ជាផ្ទៃក្នុងស្តីពីការប្រឡង ០១ ច្បាប់
- ៧. ចំពោះបេក្ខជនជាមន្ត្រីរាជការ ត្រូវមានលិខិតបញ្ជាក់ពីប្រធានអង្គការ ០១ ច្បាប់

សម្គាល់៖ បេក្ខជនត្រូវសរសេរបំពេញសំណុំឯកសារទាំងអស់ដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់។

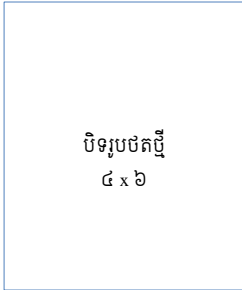
ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំចោះ បញ្ជាក់ ព.ស.២៥៦៧
 រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ២០
 បានពិនិត្យត្រឹមត្រូវ
 អ្នកទទួលពាក្យ
 ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះសាមីខ្លួន



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ប្រវត្តិរូបសង្ខេប

(ត្រូវសរសេរដោយខ្លួនឯងផ្ទាល់ ហាមកូសលុប)



I- ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

- គោត្តនាម និង នាម (ជាអក្សរខ្មែរ) : អក្សរឡាតាំង.....
- ភេទ.....សញ្ជាតិ.....ជនជាតិ.....សាសនា..... រៀបការ នៅលីវ
- ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត/...../..... ទីកន្លែងកំណើត: ភូមិ..... ឃុំ/សង្កាត់.....
ស្រុក/ខណ្ឌ..... រាជធានី/ខេត្ត.....។
- អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន: ផ្ទះលេខ..... ផ្លូវលេខ..... ឃុំ/សង្កាត់..... ស្រុក/ខណ្ឌ..... រាជធានី/ខេត្ត.....
- កម្រិតវប្បធម៌ជាតិ សម័យប្រឡង/...../.....
- កម្រិតសញ្ញាបត្រជំនាញ..... សម័យប្រឡង មកពីសាកលវិទ្យាល័យ.....
- មុខរបរបច្ចុប្បន្ន..... ទីកន្លែងធ្វើការ/អង្គការ.....

II- ព័ត៌មានគ្រួសារ

ក- អំពីឪពុក-ម្តាយបង្កើត

- ឪពុកឈ្មោះ:..... ឆ្នាំកំណើត ជនជាតិ..... សញ្ជាតិ នៅរស់ ស្លាប់
មុខរបរ..... ទីកន្លែងធ្វើការ..... លេខទូរស័ព្ទ.....
- ម្តាយឈ្មោះ:..... ឆ្នាំកំណើត ជនជាតិ..... សញ្ជាតិ នៅរស់ ស្លាប់
មុខរបរ..... ទីកន្លែងធ្វើការ..... លេខទូរស័ព្ទ.....
- អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន: ផ្ទះលេខ..... ផ្លូវលេខ..... ឃុំ/សង្កាត់..... ស្រុក/ខណ្ឌ..... រាជធានី/ខេត្ត.....
- អាណាព្យាបាលឈ្មោះ: ត្រូវជា..... លេខទូរស័ព្ទ.....

ខ- អំពីបងប្អូនបង្កើត (អាចសរសេរនៅខាងខ្នង)

- ១- ឈ្មោះ: ភេទ..... ឆ្នាំកំណើត..... មុខរបរ.....
- ២- ឈ្មោះ: ភេទ..... ឆ្នាំកំណើត..... មុខរបរ.....
- ៣- ឈ្មោះ: ភេទ..... ឆ្នាំកំណើត..... មុខរបរ.....

គ- អំពីប្តី ឬ ប្រពន្ធ និង កូន

- ប្តី ឬ ប្រពន្ធឈ្មោះ: ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត..... មុខរបរ.....
- មានកូនចំនួននាក់: ប្រុសនាក់ ស្រី..... នាក់

III- ព័ត៌មានសិក្សា

គ្រឹះស្ថានបណ្តុះបណ្តាល	កម្រិតសញ្ញាបត្រ និង ជំនាញ	ពីឆ្នាំណា ដល់ឆ្នាំណា	ប្រទេស	ឆ្នាំបញ្ចប់ការសិក្សា ឬ ទទួលបានសញ្ញាបត្រ

IV- ប្រវត្តិការងារ

ឆ្នាំចូលបំពេញការងារ	ឆ្នាំបញ្ចប់ការងារ	អង្គការ/ស្ថាប័ន	ក្រសួង	តួនាទី

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមសូមធានាអះអាងថា សេចក្តីរៀបរាប់ក្នុងប្រវត្តិរូបសង្ខេបខាងលើនេះ ពិតជាត្រឹមត្រូវតែក្នុងបន្តិចបន្តួច។ ប្រសិនបើមានចំណុចណាមួយ ប្រាសចាកពីការពិត ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះមុខច្បាប់ជាធរមាន។

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ ២០.....
ស្នាមមេដៃស្តាំ និង ឈ្មោះសាមីខ្លួន

