



**UHS**  
University of Health Sciences

**ពាក្យស្នើសុំ**

**REQUEST FORM**

សូមគូសសញ្ញាខ្មែងៗ នៅក្នុងប្រអប់

អត្តលេខនិស្សិត

UHS ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. ឈ្មោះជាភាសាខ្មែរ៖ នាមត្រកូល..... នាមខ្លួន: .....										3. ភេទ៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី																			
4. ឈ្មោះជាអក្សរឡាតាំង៖ (សរសេរអក្សរធំ BLOCK LETTER)										ប្រភេទនិស្សិត៖ <input type="checkbox"/> អាហារូបករណ៍ <input type="checkbox"/> បង់ថ្លៃ																			
6. ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំកំណើត					/					/					7. ទីកន្លែងកំណើត(ខេត្តរាជធានី)														
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន ផ្ទះលេខ					ផ្លូវ					សង្កាត់/ឃុំ					ខណ្ឌ/ស្រុក					រាជធានី/ខេត្ត									
លេខទូរស័ព្ទ										អ៊ីម៉ែល(ចាំបាច់ប្រាប់ពេញ)																			
បច្ចុប្បន្នជា៖ និស្សិតឆ្នាំទី.....នៃឆ្នាំសិក្សា៖.....										ឬ <input type="checkbox"/> បានបញ្ចប់ការសិក្សា					<input type="checkbox"/> មាននិរូបបទ/សារណា					<input type="checkbox"/> មិនទាន់មាននិរូបបទ/សារណា					ឬ <input type="checkbox"/> មិនត្រូវការ				
15. ជំនាន់ទី					ជំនាញ៖					ឆ្នាំចូលសិក្សា៖					ឆ្នាំបញ្ចប់ ឬ រំពឹងបញ្ចប់ការសិក្សា៖														
19. មហាវិទ្យាល័យ/សាលា/ដេប៉ាតឺម៉ង់៖ <input type="checkbox"/> វេជ្ជសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ទន្លេទន្លេសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> ឱសថសាស្ត្រ <input type="checkbox"/> សុខភាពសាធារណៈ <input type="checkbox"/> ស.ប.ថ.វ <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ឆ្នាំសិក្សាមូលដ្ឋាន																													
សូមគោរពជូន <b>ឯកឧត្តមសាកលវិទ្យាធិការនៃសាកលវិទ្យាល័យនិទ្ទេសសាស្ត្រសុខាភិបាល</b> <b>តាមរយៈការិយាល័យចុះឈ្មោះនិស្សិតមន្ទីរពេទ្យពេទ្យពេទ្យ</b>																													
ប្រភេទឯកសារស្នើសុំ៖ <input type="checkbox"/> លិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា(Academic Confirmation) <input type="checkbox"/> ព្រឹត្តិបត្រពិន្ទុ (Academic Transcript)										ឃុំ(Language)					<input type="checkbox"/> ខ្មែរ(khmer)					<input type="checkbox"/> អង់គ្លេស (English)					<input type="checkbox"/> បារាំង (French)				
										ចំនួន(Number)					.....ច្បាប់					.....ច្បាប់					.....ច្បាប់				
															.....ច្បាប់					.....ច្បាប់					.....ច្បាប់				

**ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថា ព័ត៌មានខាងលើនេះពិតជាត្រឹមត្រូវប្រាកដមែន ប្រសិនបើមានក្នុងបន្ទុកប្រកាសណាមួយ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ សូមទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុង ចំពោះមុខច្បាប់ជាធរមាន។**

រាជធានីភ្នំពេញ  
ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ..... ព.ស២៥....  
ត្រូវនឹងថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ២០.....  
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះសាមីខ្លួន

**ឯកសារដែលត្រូវភ្ជាប់មកជាមួយប្រភេទនៃការស្នើសុំនិងតម្លៃសេវា**

<b>ឯកសារស្នើសុំ</b>	<b>ប្រភេទឯកសារដែលត្រូវភ្ជាប់</b>	<b>តម្លៃសេវា</b>
លិខិតបញ្ជាក់ការសិក្សា	-រូបថតស្តេន(និស្សិតចាស់ដែលសិក្សាមុនឆ្នាំសិក្សា២០១៤-២០១៥)	៨,០០០រៀល/១ច្បាប់
ព្រឹត្តិបត្រពិន្ទុ	-និក្ខេបបទឬសារណា(បើមាន) -រូបថតស្តេន(និស្សិតចាស់ដែលសិក្សាមុនឆ្នាំសិក្សា២០១៤-២០១៥)	២០,០០០រៀល/៣ច្បាប់

**សំគាល់៖**

- រាល់ឯកសារដែលបានរៀបចំរួចរាល់ការវិលវិលចុះឈ្មោះ និងលិខិតបទដ្ឋាននិស្សិតនឹងផ្ញើជូនតាមរយៈEmail: registraroffice@uhs.edu.kh
- ចំពោះឯកសារច្បាប់ដើមនិស្សិតអាចមកដកយកបាននៅពេលដែលការផ្តល់សេវាលិខិតបទដ្ឋាននិស្សិតនៃសាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាលបានបើកដំណើរការឡើងវិញ។
- និស្សិតអាចផ្ទេរកំលៃសេវានៃការស្នើសុំនេះតាមរយៈគណនីរបស់សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល

ឈ្មោះធនាគារ៖ ធនាគារពាណិជ្ជកម្មក្រៅប្រទេសនៃកម្ពុជា (Foreign Trade Bank of Cambodia)

អាសយដ្ឋានធនាគារ៖ អគារលេខ ៣៣ C-D វិថី ឆក្សស្នាក់ក្រី (១៦៩) សង្កាត់វាលវែង ខណ្ឌ ព្រះនរោត្តម រាជធានីភ្នំពេញ

Bank Account Holder's name: UNIVERSITE DES SCIENCES DE LA SANTE

លេខគណនី(Bank Account Number): 300004535166

និស្សិតទាំងអស់សូមជួយបញ្ជាក់ព័ត៌មានដូចជា៖ ឈ្មោះនិស្សិត, លេខសម្គាល់និស្សិត(ID Card Student) ,ជំនាញ និងលេខទូរស័ព្ទនិស្សិត