



## MEDICAL CERTIFICATE

លិខិតនេះបានបញ្ជាក់ថា (ឈ្មោះ)

THIS IS TO CERTIFY THAT: បាន យ៉ានណូ

AGE: **19** years old SEX: **F**

លេខសំគាល់

Patient's No. 2015087938

ដោយចក្ខុបណ្ឌិត

By the ophthalmologist

លេខសញ្ញាប័ត្រវេជ្ជសាស្ត្រ

Medical license No.

ត្រូវបានពិនិត្យនៅមន្ទីរជំនាញព្យាបាលភ្នែកដោះ សីហានៅថ្ងៃ

Was examined at DO SEIHA CLINIC on: **Monday, 3 August, 2015**

រោគសញ្ញា / រោគវិនិច្ឆ័យ

Medical Finding / Diagnosis:

**fggdfg**

Underwent/Management

**4t5e4t6**

ត្រូវបានគំរូអោយឈប់សំរាកចំនួន

The patient has been recommend to take medical leave of absence from work for a period of **Week**

ពីថ្ងៃទី (From **Monday, 3 August, 2015** ដល់ថ្ងៃទី To **Monday, 3 August, 2015** )

លិខិតបញ្ជាក់ការពិនិត្យសុខភាពនេះមិនអាចប្រើប្រាស់  
ក្នុងករណីប្តឹងផ្តល់ក្រោមរូបភាពណាមួយឡើយ បើសិន  
ជាមានបំណងក្នុងការប្រើប្រាស់ក្នុងការដាក់ពាក្យបណ្តឹង  
លិខិតបញ្ជាក់ការពិនិត្យសុខភាពត្រូវតែបំពេញដោយគ្រូ  
ពេទ្យកោសល្យវិច័យ។

The doctors certificate can not be used as evidence  
in a civil suit or criminal case. If it is intended to be  
used in a lawsuit, the doctors certificated must be  
written by a forensic doctor

ហត្ថលេខា

Signature

ចក្ខុបណ្ឌិត

Ophthalmologist

អាសយដ្ឋាន ផ្ទះលេខ ១២១ ផ្លូវ ១១០ សង្កាត់វត្តភ្នំ ខណ្ឌដូនពេញ ភ្នំពេញ (ខាងលិច ផ្សារចាស់)

Tel: 023 992 962, 012 840 796 E-mail: doseiha@gmail.com