

ឧបសម្ព័ន្ធ៤ នៃប្រកាសលេខៈ ១៦៨/២២ ក.ប/ប្រ.ក.ប.ស.ស. ចុះថ្ងៃទី៥ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២២ ស្តីពីបែបបទ និងនីតិវិធីនៃការចុះបញ្ជីសហគ្រាស គ្រឹះស្ថាន កម្មករនិយោជិត និងការបង់ភាគទាន សម្រាប់បុគ្គលទាំងឡាយដែលស្ថិតនៅក្រោមបទប្បញ្ញត្តិនៃច្បាប់ស្តីពីការងារ ក្នុងបណ្តាញសន្តិសុខសង្គម **ទម្រង់ ១.០៤**



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

បេឡាជាតិសន្តិសុខសង្គម
នាយកដ្ឋានបញ្ជីការ និងភាគទាន

លិខិតប្រកាសបង់ភាគទានរបបសន្តិសុខសង្គម

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|-------|---------------------------------|----|-------|--|--|--|--|--|--|
| ការិយបរិច្ឆេទសម្រាប់លិខិតប្រកាសនេះ៖ | | | លេខអត្តសញ្ញាណសហគ្រាស គ្រឹះស្ថាន | | | | | | | | |
| ពីថ្ងៃទី | ខែ | ឆ្នាំ | ដល់ថ្ងៃទី | ខែ | ឆ្នាំ | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----------|-------------|------------------|--|--|---------------|--|--|--|--|--|
| សហគ្រាស/គ្រឹះស្ថាន | | | | | | | | | | | |
| សកម្មភាពសេដ្ឋកិច្ច | | | | | | | | | | | |
| អាសយដ្ឋាន អគារ | ផ្លូវ | ឃុំ/សង្កាត់ | ស្រុក/ខណ្ឌ/ក្រុង | | | ខេត្ត/រាជធានី | | | | | |
| ប្រអប់សំបុត្រ | ទូរស័ព្ទ | ទូរសារ | សារអេឡិចត្រូនិក | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|-------------------|
| ភាគទានបង់បង្កប់ចំនួន.....នាក់/ស្រី.....នាក់ សម្រាប់ខែ..... | | |
| ប្រាក់ពិន័យអន្តរការណ៍: | <input type="checkbox"/> ១. មិនព្រមចុះបញ្ជីសហគ្រាស គ្រឹះស្ថាន | |
| | <input type="checkbox"/> ២. មិនព្រមចុះបញ្ជីកម្មករនិយោជិត ចំនួន.....នាក់ | |
| | <input type="checkbox"/> ៣. មិនបានបង់ភាគទាន សម្រាប់ខែ..... | |
| | <input type="checkbox"/> ៤. រាយការណ៍កម្មករនិយោជិតមិនត្រឹមត្រូវ ចំនួន.....នាក់ | |
| | <input type="checkbox"/> ៥. ផ្សេងៗ..... | |
| ចំនួនភាគទានសម្រាប់កម្មករនិយោជិតចំនួន.....នាក់/ស្រី.....នាក់ | ភាគទានផ្នែកហានិភ័យការងារ | |
| | ភាគទានផ្នែកថែទាំសុខភាព | |
| | ភាគទានផ្នែកប្រាក់សោធន | |
| | | ភាគទានសរុប |

| | |
|---|--|
| ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ..... ឋានៈ/តួនាទី..... នៃសហគ្រាស គ្រឹះស្ថាន | |
| ខាងលើ សូមធានាថាព័ត៌មានដែលបានបំពេញក្នុងលិខិតប្រកាសនេះ និងរបាយការណ៍កម្មករនិយោជិតដែលបានផ្តល់ជូនពិតជាត្រឹមត្រូវ | |
| ប្រាកដមែន។ ហត្ថលេខា និងត្រា..... កាលបរិច្ឆេទ :/...../..... | |

| | |
|-----------------------------------|--|
| សម្រាប់មន្ត្រី ប.ស.ស. | |
| លេខទទួល..... | |
| កាលបរិច្ឆេទ...../...../..... | |
| បង់នៅធនាគារ..... | |
| ប្រកាសឥណទានលេខ..... | |
| ចុះថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ..... | |
| ឈ្មោះមន្ត្រី..... ហត្ថលេខា..... | |