 ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា

ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

🙠🟑🙢

ក្រសួងសុខាភិបាល

មន្ទីរពេទ្យ:………………………………

លទ្ធផលវាយតម្លៃសំរាប់អ្នកជំងឺ

🙚🟑🙚

**លេខកូដសម្ភាសន៍:** **${interview\_code}**

**លេខប័ណ្ណ (Post ID):………** **${id}………………………………**

**ថ្ងៃសម្ភាសន៍: ............................................ថ្ងៃផុតកំណត់:..................................................**

**អាសយដ្ឋាន:……${address}……………………………………………………….**

**ទីតាំង:……${location}……………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ល.រ** | **នាមត្រកូល នាមខ្លួន ឈ្មោះហៅក្រៅ** | **ភេទ** | **ឆ្នាំកំណើត ឬ អាយុ** | | **ទំនាក់ទំនង​ជាមួយ​មេ​គ្រួសារ (1)** |
| **ចាប់ផ្តើម​ពីមេ​គ្រួសារ​** | **ឆ្នាំ​កំណើត** | **អាយុ** |
| 0${key\_0}(មេ) | ${member\_family\_0} | ${sex\_0} | ${dob\_0} | ${age\_0} | ${relation\_0} |
| 0${key\_1} | ${member\_family\_1} | ${sex\_1} | ${dob\_1} | ${age\_1} | ${relation\_1} |
| 0${key\_2} | ${member\_family\_2} | ${sex\_2} | ${dob\_2} | ${age\_2} | ${relation\_2} |
| 0${key\_3} | ${member\_family\_3} | ${sex\_3} | ${dob\_3} | ${age\_3} | ${relation\_3} |
| 0${key\_4} | ${member\_family\_4} | ${sex\_4} | ${dob\_4} | ${age\_4} | ${relation\_4} |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ពិន្ទុសម្ភាសន៍:​**

**កំរិត:**

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្ភាសន៍ ស្នាមមេដៃអ្នកជំងឺ/សាច់ញ្ញាតិ