 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** |
| 01(មេ) | ${member\_family} | ${sex} | ${dob} | ${age} | ${relation} |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ពិន្ទុសម្ភាសន៍:​**

**កំរិត:**

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកសម្ភាសន៍ ស្នាមមេដៃអ្នកជំងឺ/សាច់ញ្ញាតិ