

វិធីបទប្រកាសសុខភាពសម្រាប់សំណើសុំបន្តសុខភាព បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងទៀតវិញ

បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងលេខ៖

ពាក្យស្នើសុំលេខ៖

(សូមបំពេញពាក្យស្នើសុំនេះដោយប្រើប៊ិចព័ណ៌ខៀវ)

កាលបរិច្ឆេទ៖ ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ផ្នែកទី១៖ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

| | ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន (សូមបំពេញតែក្នុងករណីព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃ គម្រោងមូលដ្ឋានខុសពីម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងប៉ុណ្ណោះ) |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ឈ្មោះពេញដូចអត្តសញ្ញាណ ប័ណ្ណ ឬ លិខិតឆ្លងដែន ឬ សំបុត្រ កំណើត | ខ្មែរ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> ឡាតាំង <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> | ខ្មែរ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> ឡាតាំង <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> |
| ការងារ ឬមុខរបរបច្ចុប្បន្ន (មុខតំណែង) | | |
| ភារកិច្ចពិតប្រាកដ (កិច្ចការប្រចាំថ្ងៃ និងកន្លែងធ្វើការ ជាដើម) | | |

ផ្នែកទី ២៖ ព័ត៌មានសុខភាព

(ប្រសិនបើចន្លោះទុកជូនមិនគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការសរសេរ សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម និង
ភ្ជាប់មកជាមួយនូវលទ្ធផលតេស្ត ឬកំណត់ត្រាដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការពិនិត្យ និងព្យាបាលសុខភាព)

| | ម្ចាស់បណ្ណសន្យា រ៉ាប់រង | | អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង នៃគម្រោងមូលដ្ឋាន |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ១ (ក) កម្ពស់ ទម្ងន់ | ស.ម | គ.ក្រិ | ស.ម គ.ក្រិ |
| (ខ) ក្នុងរយៈពេល ៦ ខែកន្លងមកនេះ តើទម្ងន់របស់អ្នកមានឡើងឬស្រក លើស ៣ គីឡូក្រាមដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃការឡើង ឬស្រកទម្ងន់? | <input type="checkbox"/> មាន | <input type="checkbox"/> គ្មាន | <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន |
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | |
| ២. (ក) តើអ្នកជក់ ឬ ធ្លាប់ជក់បារី ឬ ថ្នាំជក់ផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីចំនួនដើម ឬ បរិមាណដែលអ្នកជក់ក្នុងមួយថ្ងៃ និងរយៈពេលជក់យូរប៉ុណ្ណា? | <input type="checkbox"/> មាន | <input type="checkbox"/> គ្មាន | <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន |
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | |
| (ខ) តើអ្នកពិសា ឬ ធ្លាប់ពិសា ស្រាបៀរ គ្រឿងស្រវឹង ឬ ភេសជ្ជៈមានជាតិស្រវឹងផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ បរិមាណ ឬ ចំនួនដប ឬកំប៉ុង ដែលអ្នកពិសាក្នុងមួយថ្ងៃ និង ញឹកញាប់កម្រិតណាក្នុងមួយសប្តាហ៍? | <input type="checkbox"/> មាន | <input type="checkbox"/> គ្មាន | <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន |
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | |
| (គ) តើអ្នកមានប្រើប្រាស់ឱសថដែរឬទេក្នុងពេលថ្មីៗនេះ? តើអ្នកមានទទួលបានការព្យាបាលដោយប្រើប្រាស់ ឱសថជាប្រចាំដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទថ្នាំ និងមូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់? | <input type="checkbox"/> មាន | <input type="checkbox"/> គ្មាន | <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន |
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | |
| (ឃ) តើអ្នកប្រើប្រាស់ ឬ ធ្លាប់ប្រើប្រាស់ ថ្នាំញៀន ថ្នាំញោច ឬសារធាតុញៀនផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃថ្នាំ និងមូលហេតុនៃការប្រើប្រាស់? | <input type="checkbox"/> មាន | <input type="checkbox"/> គ្មាន | <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន |
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | |

(ង) តើអ្នកបានចូលរួម ឬមានបំណងចង់ចូលរួមក៏ឡាដែលមានគ្រោះថ្នាក់ (មុជក្រោមទឹក ឡើងភ្នំ លោតឆ្នៃត្រយោង យានសំកាំង កីឡាប្រណាំង-ល-) ណាមួយដែរឬទេ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

| | |
|-----------------------------------------|--|
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | |

៣. តើអ្នកមាន ឬធ្លាប់ទទួលបានការប្រឹក្សាថាមានជំងឺ ឬធ្វើការព្យាបាលលើជំងឺដូចខាងក្រោមដែរឬទេ?

- (ក) ជំងឺលើសជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ឬទាប ជំងឺជាប់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺតាំងបេះដូង ជំងឺពិបាកដកដង្ហើម ជំងឺឈឺដើមទ្រូង ឬបញ្ហាបេះដូងឬ សរសៃឈាមផ្សេងទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ខ) ជំងឺហឺត ជំងឺរលាកទងសួត ជំងឺហើមសួត ជំងឺរបេង ជំងឺក្អកក្អាយ ជំងឺក្អកធ្លាក់ឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (គ) ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសជាតិស្ករក្នុងឈាម ជំងឺក្រពេញទឹក ឬដំណើរការខុសប្រក្រតីនៃក្រពេញបញ្ចេញអម៉ូនផ្សេងទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ឃ) ជំងឺបាក់ទឹកចិត្ត ជំងឺផ្តុំផ្អែម ឈឺក្បាលរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬជំងឺសរសៃប្រសាទផ្សេងទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ង) ជំងឺឈាមច្រមុះ ខ្សោយគំហើញ ខ្សោយការស្តាប់ ឬជំងឺផ្សេងទៀតដែលទាក់ទងនឹងត្រចៀក ភ្នែក ច្រមុះ និងបំពង់ក? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ច) ជំងឺគ្រុនចាញ់ ជំងឺក្តៅខ្លួនតំបន់ត្រូពិច ឬក្តៅខ្លួនរ៉ាំរ៉ៃ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ឆ) ជំងឺក្រពះឬពោះវៀន ជំងឺរាករូសរ៉ាំរ៉ៃ ជំងឺក្រួសក្នុងប្រមាត់ ជំងឺរលាកថ្លើម ឬបញ្ហាមុខងារថ្លើម ជំងឺខាន់លឿង ជំងឺគ្រុនពោះវៀន រលាកពោះវៀន បន្ទាបបង់ធ្លាក់ឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធរំលាយអាហារផ្សេងៗទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ជ) មានឈាម មានជាតិប្រូតេអ៊ីន ឬមានស្ករក្នុងទឹកនោម ជំងឺក្រួសក្នុងតម្រងនោម ជំងឺរលាក ឬជំងឺតម្រងនោមផ្សេងៗទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ឈ) ធ្វើតេស្ត រោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលជំងឺកាមរោគ ឬរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍? (ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុ ពេលវេលា និងលទ្ធផល) មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ញ) ជំងឺខ្វះឈាមក្រហម ជំងឺទឹកវង ជំងឺមហារីកខួរក្បាល ជំងឺហូរឈាម ឬបញ្ហាឈាម ឬជំងឺឈាមផ្សេងៗទៀត? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ដ) ជំងឺរលាកសន្លាក់ ឬការខូចទ្រង់ទ្រាយ ឬភាពមិនប្រក្រតីលើសាច់ដុំ ស្បែក ឆ្អឹង សន្លាក់? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ប) ជំងឺមហារីក ដុះដុះសាច់ ឬការរីកលូតលាស់ខុសធម្មតារបស់សរីរាង្គផ្សេងៗ រួមទាំងដុះនៅសុដន់ ភាពមិនប្រក្រតីនៃសុដន់ ការរីកជំនឿក្រពេញ ឬហើមកូនកណ្តុរ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ខ) ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ រោគរមាស់ រោគរលាកស្បែករ៉ាំរ៉ៃ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ឈ) ក្នុងរយៈពេល ៣ ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកធ្លាប់ ឬមានបំណងធ្វើការ ថតកាំរស្មីអ៊ិច ថតចង្វាក់បេះដូង ថតអេកូ បេះដូង CT ស្ថាន MRI ឬការកាត់ជាលើកាតេស្តមហារីក ពិនិត្យឈាម ពិនិត្យទឹកនោម ឬតេស្តផ្សេងៗដែរឬទេ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន
- (ណ) ក្នុងរយៈពេល ៥ ឆ្នាំកន្លងមកនេះ តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាព ឬស្ថានភាពផ្លូវចិត្ត ភាពចុះខ្សោយ ជំងឺ ឬភាពមិនប្រក្រតីផ្សេងទៀត ដែលមិនបានពណ៌នានៅក្នុងសំណួរខាងលើដែរឬទេ? មាន គ្មាន មាន គ្មាន

ប្រសិនបើឆ្លើយថា «មាន» ក្នុងសំណួរខាងលើ សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៅក្នុងតារាងខាងក្រោម (ប្រើក្រដាសបំពេញបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការ)៖

| | លេខសំណួរ | ព័ត៌មានលម្អិតនៃស្ថានភាពសុខភាព ឬភាពមិនប្រក្រតី ឬជំងឺ ការធ្វើតេស្ត ឬរោគវិនិច្ឆ័យ និងការព្យាបាលដែលបានទទួល | កាលបរិច្ឆេទ | ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក | លទ្ធផលតេស្ត និងស្ថានភាពសុខភាពបច្ចុប្បន្ន |
|-----------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------|------------------------------------------|
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

៤. ប្រវត្តិជំងឺគ្រួសារ

តើឪពុកម្តាយរបស់អ្នកធ្លាប់មានជំងឺ ឬស្លាប់ដោយសារជំងឺមហារីក ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺបេះដូង ជំងឺដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ជំងឺលើសឈាម ជំងឺតម្រងនោម ជំងឺផ្លូវចិត្ត បញ្ហាឈាម ជំងឺចាស់វង្វែង (Dementia) ជំងឺ Alzheimer ជំងឺ Parkinson បញ្ហាប្រព័ន្ធប្រសាទ ឬ ជំងឺតំណពូជផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ?
ប្រសិនបើ «មាន» សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត ដូចខាងក្រោម៖

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

| | ទំនាក់ទំនង | លម្អិតអំពីស្ថានភាពសុខភាព | អាយុពេលកើតជំងឺ (ប្រហាក់ប្រហែល) | អាយុពេលទទួលមរណភាព | មូលហេតុនៃការស្លាប់ |
|-----------------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | | | | | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | | | | | |

៥. បន្ថែមលើការស្នើសុំធានារ៉ាប់រងនេះ តើអ្នកមានធ្លាប់ស្នើសុំ ឬកំពុងស្នើសុំការធានារ៉ាប់រង ឬបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងផ្សេងទៀតជាមួយក្រុមហ៊ុន ងាយ អ៊ុលី ឡាយហ្វី អ៊ិនស៊ុរ៉ង់ស៍ (ខេមបូឌា) ម.ក ឬជាមួយក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិតផ្សេងទៀតដែរឬទេ? (រាប់ទាំងការស្នើសុំ ឬ បណ្ណសន្យារ៉ាប់រងដែលត្រូវបានបដិសេធ)
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

| ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងអាយុជីវិត | ឈ្មោះអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង | ទឹកប្រាក់ត្រូវបានធានា (គិតជាដុល្លារអាមេរិក) | រយៈពេលបណ្ណសន្យារ៉ាប់រង (ឆ្នាំ) | ប្រភេទនៃការធានារ៉ាប់រង | លក្ខខណ្ឌធានារ៉ាប់រង (បុព្វលាភស្តង់ដារ ឬ តម្លើងថ្លៃបុព្វលាភបន្ថែម ឬ ករណីដែលមិនធានា) | ស្ថានភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងបច្ចុប្បន្ន |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

៦. សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម (សម្រាប់ស្ត្រីតែប៉ុណ្ណោះ)

(ក) តើអ្នកមានផ្ទៃពោះមែនឬទេ?
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់ពីសុខភាពរបស់អ្នក ព្រមទាំងសុខភាពនិងអាយុរបស់គភ៌គិតជាសប្តាហ៍?

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

| | |
|-----------------------------------------|--|
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | |

(ខ) តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះស្ថានភាពលំបាកនៅពេលមានផ្ទៃពោះពីមុនមកដែរឬទេ?
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិតខាងក្រោម។

មាន គ្មាន មាន គ្មាន

| | |
|-----------------------------------------|--|
| ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង | |
| អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន | |

៧. ព័ត៌មានសម្រាប់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន ដែលមានអាយុក្រោម ៥ ឆ្នាំប៉ុណ្ណោះ

(ក) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានទម្ងន់ប៉ុន្មាននៅពេលកើត?
(ខ) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង សម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណា?
ប្រសិនបើលើសពី ៧ ថ្ងៃ សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖

| |
|-----------|
| គីឡូក្រាម |
| ថ្ងៃ |

(គ) បញ្ជាក់ពីស្ថានភាពរបស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៅពេលកើត គ្រប់ខែ មិនគ្រប់ខែ លើសខែ

(ឃ) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង មានរបួស ឬមានបញ្ហានៅពេលកើត ឬមានជំងឺពីកំណើត ឬមានភាពមិនប្រក្រតីពីកំណើត ដូចជាស្បែកឡើងពណ៌ បញ្ហាបាត់បង់ស្មារតី ឬជំងឺលូតលាស់យឺត ឬរាងកាយណាមួយខុសប្រក្រតីពីកំណើតឬទេ?
ប្រសិនបើ «មាន» សូមបញ្ជាក់លម្អិត៖

មាន គ្មាន

(ង) តើអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រង បានចាក់ថ្នាំបង្ការតាមកម្មវិធីជាតិផ្តល់ថ្នាំបង្ការដែរឬទេ?

មាន គ្មាន

ប្រសិនបើ «គ្មាន» សូមផ្តល់ហេតុផលលម្អិត៖

ផ្នែកទី ៣៖ សេចក្តីប្រកាស

១. ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ សូមប្រកាសថា រាល់សេចក្តីថ្លែង និងចម្លើយ ព្រមជាមួយនឹងព័ត៌មានខាងលើទាំងអស់ ដែលខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ/យើងខ្ញុំ បានផ្តល់ជូនក្រុមហ៊ុន គឺមានភាពពេញលេញ និងពិតប្រាកដមែន។ ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំ មិនបានលាក់បាំង ឬ បង្ហាញព័ត៌មានខុសពីការពិតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់ការវាយតម្លៃ ក្នុងការបន្តសុពលភាពបណ្ណសន្យារ៉ាប់រងឡើងវិញ។

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ របស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង <i>(សូមអាន និងពិនិត្យមើលព័ត៌មានទាំងអស់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ មុនពេលចុះហត្ថលេខា)</i> | | ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃ របស់អ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន <i>(ហត្ថលេខាឬស្នាមមេដៃ ឌីជីតាល់ឬមួយឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ករណីអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន មានអាយុក្រោម ១៨ឆ្នាំ)</i> | |
| | | | |
| ឈ្មោះពេញ | | ឈ្មោះពេញ | |
| កាលបរិច្ឆេទ | | កាលបរិច្ឆេទ | |

ផ្នែកទី ៧៖ ការធានាអនេករបស់សាក្សី

ខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាហត្ថលេខាខាងលើនេះជាហត្ថលេខារបស់ម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និងអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋានពិតប្រាកដមែន ដែលបានចុះហត្ថលេខាចំពោះមុខខ្ញុំ។
 *ប្រសិនបើទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ ជាម្ចាស់បណ្ណសន្យារ៉ាប់រង និង/ឬអ្នកត្រូវបានធានារ៉ាប់រងនៃគម្រោងមូលដ្ឋាន សូមអ្នកគ្រប់គ្រងទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ ចុះហត្ថលេខាក្នុងប្រអប់សាក្សីខាងក្រោម។

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ហត្ថលេខារបស់សាក្សី (ទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ) | | លេខកូដទីប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ/ អ្នករៀបចំផែនការហិរញ្ញវត្ថុ | |
| | | <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> | |
| ឈ្មោះពេញ | | ឈ្មោះសាខា | |
| កាលបរិច្ឆេទ | | | |