ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

លិខិតធានាអះអាងដើម្បីប្រើប្រាស់សេវាថែទាំសុខភាពប.ស.ស. សម្រាប់ប័ណ្ណសមាជិកប.ស.ស. ដែលមិនទាន់មានសុពលភាព

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ.....មានតួនាទីជា.....
ធ្វើការនៅក្នុងសហគ្រាស.....
លេខអត្តសញ្ញាណសហគ្រាស ☐☐☐☐☐☐☐☐ អាសយដ្ឋានអគារលេខ.....ផ្លូវលេខ.....
ភូមិ.....ឃុំ/សង្កាត់.....ស្រុក/ខណ្ឌ.....រាជធានី/ខេត្ត.....
លេខទូរស័ព្ទលើតុ(Desk Telephone).....លេខទូរស័ព្ទដៃ(Hand Phone).....
លេខទូរសារ(Fax).....សារអេឡិចត្រូនិច(E-mail).....។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមធានាអះអាងថាឈ្មោះ.....ភេទ.....
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត...../...../.....កាន់ប័ណ្ណសមាជិកប.ស.ស. លេខ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
កាលបរិច្ឆេទចូលធ្វើការ...../...../..... លេខទូរស័ព្ទដៃ.....
ពិតជាកំពុងធ្វើការនៅក្នុងសហគ្រាស គ្រឹះស្ថានរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំពិតប្រាកដមែន ហើយខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមសន្យាថានឹងបង់ភាគទានសម្រាប់កម្មករនិយោជិតម្នាក់នេះនៅខែបន្ទាប់។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំសូមធានាអះអាងទទួលខុសត្រូវចំពោះមុខច្បាប់ប្រសិនបើការធានាអះអាងរបស់ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំមិនពិតប្រាកដ។

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....ព.ស. ២៥.....
ធ្វើនៅ.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ ២០.....
ហត្ថលេខា និង ត្រានិយោជក
ឬអ្នកតំណាង

***បញ្ជាក់:**
១- ក្នុងករណីអ្នកកាន់ប័ណ្ណសមាជិកប.ស.ស.មិនមានសុពលភាព សមាជិកនោះអាចប្រើប្រាស់លិខិតធានាអះអាងនេះដោយភ្ជាប់ជាមួយប័ណ្ណប.ស.ស.ដើម្បីអាចប្រើប្រាស់សេវាពេទ្យបាន
២- ភ្នាក់ងារប.ស.ស. ឬគ្រូពេទ្យព្យាបាលត្រូវដកទុកលិខិតធានាអះអាងនេះទុកជាឯកសារ។