



ព័ត៌មានអ្នកជម្ងឺ សូមសរសេរអក្សរធំ

នាម		នាមត្រកូល			
អាសយដ្ឋាន		ក្រុង ស្រុក		រដ្ឋ	សិបកូត
អាសយដ្ឋានអីមែល		ថ្ងៃកំណើត	មានផ្ទៃពោះ		អ្នកចូលរួមHFS
ភេទ ស្រី ប្រុស			ចាស់ ទេ	ចាស់ ទេ	ចាស់ ទេ
ទូរស័ព្ទ(អេករកូត) + លេខ ()	លេខទូរស័ព្ទ(សេឡា, កន្លែងធ្វើការ ។ល។) ()			ពូជសាសន៍	
តើយើងអាចទុកពាក្យបន្តបានឬទេ?		ភាសាត្រូវការ (គូសរង្វង់មួយ)			
ចាស់ ទេ		អង់គ្លេស	អេស្បាញុល	ផ្សេង(បញ្ជាក់)	
តើយើងអាចទូរស័ព្ទទៅនៅពេលណា?					
គូសរង្វង់មួយ: ៧ព្រឹក-១០ព្រឹក; ១០ព្រឹក -១រសៀល; ១រសៀល- ៤រសៀល; ៤រសៀល-៧យប់; ៧យប់- ៩យប់; ៩យប់- ១១យប់					
ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ X _____					
ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកព្យាបាលខ្ញុំបញ្ជាក់ព័ត៌មាននៅលើប័ណ្ណចុះឈ្មោះនេះទៅឱ្យអ្នកណាមួយក្នុងគោលបំណងចូលរួមកម្មវិធីព្យាបាលឈប់ប្រើថ្នាំជក់។ ម្យ៉ាងទៀត ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកណាមួយតាមដានខ្លួនខ្ញុំ និងអ្នកតំណាង ទាក់ទងខ្ញុំតាមលេខទូរស័ព្ទដូចខាងលើ កាលណាបានទទួលប័ណ្ណពីអ្នកព្យាបាលរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យខ្លួនខ្ញុំ និងអង្គការដែលធ្វើប័ណ្ណនេះ ពិភាក្សាអំពីសេវាការរបស់ខ្ញុំ។					
ហត្ថលេខាអ្នកជម្ងឺ និង អ្នកតំណាង		ថ្ងៃ			
សរសេរឈ្មោះតំណាងអ្នកជម្ងឺនឹងអក្សរធំ		ទំនាក់ទំនងអ្នកជម្ងឺ			
អាជីវកម្មសុខភាព		បញ្ជីរាយរៀបរាប់អំពីការព្យាបាលថ្នាំជក់			
១ សាកសួរ	២ ឱ្យនិរន្តរ៍	៣ ដោះស្រាយ	៤ ជួយគាំទ្រ	៥ កំណត់ពេលវេលាជជែក	
ស្ទង់មតិសំរេចចិត្តលះបង់	សំរេចចិត្តលះបង់	គិតថានឹងលះបង់	មិនទាន់ចង់លះបង់	កម្រិតប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់បច្ចុប្បន្ន _____	
ជំនួយជួយឱ្យលះបង់	តើថ្នាំឆែនទិច មានប្រសិទ្ធភាពទេ?	មាន ទេ	ប្រសិនបើមាន ចេញសំបុត្រទិញថ្នាំ		
	តើថ្នាំព្រូម៉ាតមានប្រសិទ្ធភាពទេ?	មាន ទេ	ប្រសិនបើមាន ចេញសំបុត្រឱ្យទិញថ្នាំ		
	តើនិរន្តរ៍មានប្រសិទ្ធភាពទេ?	មាន ទេ	ប្រសិនបើមាន ចេញសំបុត្រឱ្យទិញថ្នាំ		
ឃ្លើនិក:	ហត្ថលេខាបុគ្គលិកឃ្លើនិក				
ទូរស័ព្ទ:	X _____				
ហ្វាក្សៈ					
ហ្វាក្សៈប័ណ្ណនេះទៅ ២១៧-៧៨៧-៥៩១៦					