

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង

កាលបរិច្ឆេទ បានទទួល៖ _____

ពាក្យបណ្តឹងលេខ #៖ _____

ឈ្មោះដើមបណ្តឹង		ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	
អាសយដ្ឋានដើមបណ្តឹង			
ទីក្រុង, រដ្ឋ, ហ្សឺបកូដ			
លេខទូរស័ព្ទវិទ្យុ		អ៊ីមែល	
ប្រជាសាស្ត្រនៃដើមបណ្តឹង			
ភេទ			
ស្រី	មិនមែនស្រី/ប្រុស/ភេទទី៣	ចង់ព្រមព្រៀង/មិនចង់	
ប្រុស	បុរសប្តូរភេទ	ស្រីប្តូរភេទ	មិនចង់ឆ្លើយ
ពូជសាសន៍			
ជនជាតិស្បែកស	ជនជាតិអាមេរិកដើមកំណើតស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក	ជនជាតិពណ៌ដើមអាមេរិក/ជនជាតិដើមអាស៊ាន	ផ្សេងទៀត/មិនមានក្នុងបញ្ជីនេះ
ជនជាតិអាស៊ី	ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ/ជនជាតិសំលើកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត	មិនចង់ឆ្លើយ	
ជនជាតិ			
អេស្ប៉ាញ/ឡាទីន		មិនមែនអេស្ប៉ាញ/ឡាទីន	
ពិការភាព			
តើអ្នកមានពិការភាពទេ?	បាទ/ចាស	ទេ	តើពិការភាពរបស់អ្នកពាក់ព័ន្ធនឹងបទប្បញ្ញត្តិហេតុអ្វី?
បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមរាយពិការភាពនៅទីនេះ៖			
ចំណាំ៖ CPOC មានយុទ្ធសាស្ត្រការងារនៅលើក្រសួងថ្នាក់ក្រោម Philadelphia ចំណុះ។ ពាក្យបណ្តឹងពាក់ព័ន្ធនឹងក្រសួងថ្នាក់ក្រោមផ្សេងទៀតនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅភ្នាក់ងារសមស្រប។			
តើបញ្ហាហេតុអ្វីនេះមានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងមន្ត្រីថ្នាក់ក្រោម Philadelphia ដែរទេ?	បាទ/ចាស		ទេ
ព័ត៌មានពាក់ព័ន្ធនឹងមន្ត្រីថ្នាក់ក្រោម			
ភ្នាក់ងារលេខ #	ឈ្មោះ	ពូជសាសន៍/ភេទ	កំណត់លក្ខណៈពិសេស (ឧ. សក់ កម្ពស់ ។ល។)
កាលបរិច្ឆេទ និងពេលវេលានៃបញ្ហាហេតុ			
ទីតាំងកើតហេតុ			
តើមានបុរសអ្វីខ្លះទេ?	បាទ/ចាស	ទេ	បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមពណ៌នា
ការព្យាបាលរបស់អ្នកបានផ្តល់ជូន	បាទ/ចាស	ទេ	បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមពណ៌នា
បានធនប្រយោជន៍?	បាទ/ចាស	ទេ	បើឆ្លើយបាទ/ចាស តើមតិយោបល់អ្នកណា?
តើហេតុអ្វីនេះត្រូវបានកាត់ក្រកម្មប្រព័ន្ធនីតិវិធី?	បាទ/ចាស	ទេ	បើឆ្លើយបាទ/ចាស តើកត់ត្រាដោយអ្នកណា? (ឧ. ខ្លួនឯង ការឃ្នាំមើលអាជីវកម្ម។ល។)
បន្តនៅទំព័របន្ទាប់			

ទម្រង់ពាក្យបណ្តឹង

កាលបរិច្ឆេទ បានទទួល៖ _____

ពាក្យបណ្តឹងលេខ #៖ _____

	អ៊ីនឌីណិក		ការបោះត្រូវផ្សាយ	
	ការណែនាំ		ផ្សេងទៀត	