

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

តំណាង/ក្រុមហ៊ុន/រោងចក្រ.....

អាសយដ្ឋាន .....

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....ទោស័ក ព.ស ២៥៦៤

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី .....ខែ .....ឆ្នាំ ២០២០

សូមគោរពជូន

លោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពិសោធន៍សុខាភិបាល

កម្មវត្ថុ: សំណើសុំត្រីបត្រវិភាគគុណភាព អាល់កុល Spray / Gel / Disinfectant ចំនួន .....មុខ។

យោង: តាមកម្មវត្ថុខាងលើសូមលោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពិសោធន៍សុខាភិបាលមេត្តាពិនិត្យអនុញ្ញាតផ្តល់នូវត្រីបត្រវិភាគ

គុណភាពចំនួន ..... មុខដូចមានឈ្មោះខាងក្រោម:

N°	Brand Name	Active Ingredients/Strength	Form	Pack Size	Batch No Exp.Date	Manufacture	Country	Qty
1								

សូមលោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពិសោធន៍សុខាភិបាលទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីយើងខ្ញុំ។

តំណាង/ក្រុមហ៊ុន/រោងចក្រ

ត្រា និងឈ្មោះ: .....