

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

តំណាង/ក្រុមហ៊ុន/រោងចក្រ:.....

អាសយដ្ឋាន:

.....

ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....ស័ក ព.ស ២៥៦....

លេខទូរស័ព្ទ:

រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទីខែឆ្នាំ ២០២....

លេខ:.....

សូមគោរពជូន

លោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពិសោធន៍សុខាភិបាល

កម្មវត្ថុ: សំណើសុំព្រឹត្តិបត្រវិភាគគុណភាព អាសយដ្ឋាន Spray / Gel / Disinfectant ចំនួនមុខ។

យោង: តាមកម្មវត្ថុខាងលើសូមលោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពិសោធន៍សុខាភិបាលមេត្តាពិនិត្យអនុញ្ញាតផ្តល់នូវព្រឹត្តិបត្រវិភាគ

គុណភាព..... ចំនួន មុខ ដូចមានឈ្មោះខាងក្រោម៖

N°	Brand Name	Active Ingredient/ Strength	Form	Pack Size	Batch N° Expiry Date	Manufacturer	Country	Qty
1								

សូមលោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌលជាតិពិសោធន៍សុខាភិបាលទទួលនូវការគោរពដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់អំពីយើងខ្ញុំ។

តំណាង/ក្រុមហ៊ុន/រោងចក្រ

ត្រា និងឈ្មោះ: