

ពាក្យគ្រប់គ្រងការប្រកាន់ចំពោះ

ឈ្មោះ:	ប្រភេទនៃជំនួយ
អាសយដ្ឋាន	លេខសំណុំរៀង
	ទូរស័ព្ទ () លេខតំបន់ (Area Code)

ខ្ញុំជឿជាក់ថា ខ្ញុំត្រូវបានគេធ្វើការប្រកាន់ចំពោះជាមូលដ្ឋានទៅលើ :

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> សាសន៍ | <input type="checkbox"/> សញ្ជាតិកំណើត | <input type="checkbox"/> សាសនា | <input type="checkbox"/> ស្ថានភាពរៀបការឬនៅ |
| <input type="checkbox"/> ភេទ
(គិតទាំងការសម្គាល់ភេទ) | <input type="checkbox"/> ពណ៌សម្បុរ | <input type="checkbox"/> ភាពពិការ
(គិតទាំងស្ថានភាពមានជម្ងឺអេដស៍) | <input type="checkbox"/> អាយុ |
| <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនងយោបាយ | <input type="checkbox"/> ដៃគូរស់នៅជាមួយគ្នា | <input type="checkbox"/> ការជ្រើសរើសផ្នែកសេពកាម | <input type="checkbox"/> ការសម្គាល់ជាតិសាសន៍ |

ឈ្មោះនៃអ្នកដែលបានធ្វើការប្រកាន់	មុខងារ	កាលបរិច្ឆេទកើតហេតុ	ទីកន្លែងកើតហេតុនិងឈ្មោះក្រសួង

រៀបរាប់ដោយខ្លួនលោកអ្នកអំពីសកម្មភាពណាបានកើតឡើងដែលធ្វើឱ្យលោកអ្នកជឿថា គេបានធ្វើការប្រកាន់ចំពោះលោកអ្នក ។

បង្ហាញអំពីដំណោះស្រាយដែលលោកអ្នកចង់បាន ។

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ឱ្យនៅខាងលើគឺពិតប្រាកដ និងពេញលេញដោយយោងទៅតាមការចេះដឹងយ៉ាងជ្រៅជ្រះនិងជឿជាក់ច្បាស់របស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខាអ្នកប្តឹងតវ៉ា	កាលបរិច្ឆេទ
-----------------------	-------------