



បន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ

វិទ្យាស្ថានសង្ឃរាជ ទេព វង្ស ដង ផ្លូវគុំម ភាយ ភូមិមណ្ឌល ១ សង្កាត់ស្វាយដង្គំ ក្រុងសៀមរាប ប្រអប់សំបុត្រលេខ ៥០ ទូរស័ព្ទ: (៨៥៥) ៦៣ ៩៦៣ ៤០៩ ទូរសារ: (៨៥៥) ៦៣ ៧៦០ ៤៥២
Phreah Sangreach Tep Vong Road & Umchhay Street, Mondul 1, Sangkat Svay Dangkum P.O. Box 50, Siem Reap, Kingdom of Cambodia
Tel: (855) 63 963 409 Fax: (855) 63 760 452 Email: admin@angkorhospital.org http://www.angkorhospital.org

Photography/Filming/Recording (PFR) Agreement Form

NAME _____

ADDRESS _____

EMAIL _____

ORGANIZATION/ COMPANY _____

PROJECT _____

LENGTH OF PROJECT (Date of doing PFR) _____

I have read, understood, and agreed to all restrictions stated in AHC's guideline and policy about PFR.

Name _____ Signature _____

Date _____

Approved by PR Director _____ Signature _____

Date _____



មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ

វិទ្យាស្ថានសង្ឃរាជ ទេព វង្ស មិង ផ្លូវអ៊ុយ ឆាយ ភូមិមណ្ឌល ១ សង្កាត់ស្វាយដង្កំ ក្រុងសៀមរាប ប្រអប់សំបុត្រលេខ ៥០ ទូរស័ព្ទ: (៨៥៥) ៦៣ ៩៦៣ ៤០៩ ទូរសារ: (៨៥៥) ៦៣ ៧៦០ ៤៥២
Phreah Sangreath Teo Vong Road & Umchhay Street, Mondul 1, Sangkat Svay Dangkm P.O. Box 50, Siem Reap, Kingdom of Cambodia
Tel: (855) 63 963 409 Fax: (855) 63 760 452 Email: admin@angkorhospital.org http://www.angkorhospital.org

កិច្ចសន្យានៃការថតរូប ខ្សែវីដេអូ ថតសំឡេង និង ការផ្សព្វផ្សាយព័ត៌មានអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះអ្នកថត ឬ អ្នកសម្ភាសន៍:.....
ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនផលិតកម្ម:.....
គោលបំណងនៃការថត ឬ សម្ភាសន៍:.....
.....
.....

ខ្ញុំឈ្មោះ:..... ភេទ ជនជាតិ ជាអាណា
ព្យាបាលរបស់កុមារឈ្មោះ:..... ដែលមានជំងឺ.....
.....កំពុងសម្រាកព្យាបាលនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ ។

ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យផលិតកម្ម ឬ អ្នកសម្ភាសន៍ខាងលើថតរូប ឬ ថតវីដេអូ ឬ ថតសំឡេងរបស់ខ្ញុំ និងកូនខ្ញុំដើម្បីធ្វើការចាក់
ផ្សាយជាសាធារណៈ សម្រាប់ជាប្រយោជន៍ដល់មន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរ និង សហគមន៍ ។

ខ្ញុំសូមធ្វើការពិនិត្យមើលនូវរាល់រូបភាព ខ្សែវីដេអូសំឡេង និងឯកសាររបស់ខ្ញុំ និង កូនរបស់ខ្ញុំមុនពេលមន្ទីរពេទ្យកុមារ
អង្គរ ធ្វើការផ្សព្វផ្សាយជាសាធារណៈ ។ ខ្ញុំអាចមានសិទ្ធិបញ្ឈប់ការចូលរួមថត ឬ សម្ភាសន៍នៅពេលកំពុងថត ឬ
សម្ភាសន៍និងពេលកំពុងផ្សព្វផ្សាយ ប្រសិនបើខ្ញុំមិនពេញចិត្តធ្វើតទៅទៀត ដោយគ្មានការប៉ះពាល់ដល់ការព្យាបាលកូន
របស់ខ្ញុំនៅមន្ទីរពេទ្យកុមារអង្គរឡើយ ។

ខ្ញុំបានអាន និង យល់ដឹងអំពីកិច្ចសន្យានេះ ព្រមទាំងចុះហត្ថលេខា ឬ ផ្ដិតមេដៃជាកស្មតាង ។

សៀមរាប ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
ហត្ថលេខា ឬ ស្នាមមេដៃអាណាព្យាបាល
សៀមរាប ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
ហត្ថលេខាម្ចាស់ផលិតកម្ម ឬអ្នកសម្ភាសន៍