



ក្រសួងសុខាភិបាល

**សេចក្តីណែនាំចុះបញ្ជីអតិថិជនដែលស្ម័គ្រចិត្តធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍
សំរាប់បន្តិចសេវាជំនួយ**

ឈ្មោះខេត្ត :

ឈ្មោះស្រុកប្រតិបត្តិ :

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ រឺមណ្ឌលសុខភាព :

