



# ជំងឺអាជីព និង ប្រវត្តិការងារ

ឈ្មោះ:	លេខទាមទារ
--------	-----------

## ប្រវត្តិជំងឺអាជីព

តើស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដូចម្តេចដែលអ្នកកំពុងដាក់ពាក្យបណ្តឹងទាមទារសំណងនេះ?	តើអ្នកមានរោគសញ្ញាអ្វីខ្លះ?	តើនៅពេលណាដែលអ្នកសម្គាល់ឃើញថាអ្នកមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ? ខែ / ឆ្នាំ
នៅពេលណាដែលគ្រូពេទ្យប្រាប់អ្នកថារោគសញ្ញារបស់អ្នកដំបូង ត្រូវបានបង្កឡើងដោយការងាររបស់អ្នក? ខែ / ឆ្នាំ	តើអ្នកធ្លាប់ឃើញគ្រូពេទ្យដទៃទៀតសម្រាប់រោគសញ្ញាទាំងនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទប្រហាស <input type="checkbox"/> ទេ	
	តើអ្នកធ្លាប់មានការធ្វើតេស្តវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយសម្រាប់រោគសញ្ញាទាំងនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទប្រហាស <input type="checkbox"/> ទេ	
ឈ្មោះគ្រូពេទ្យដែលប្រាប់អ្នកថារោគសញ្ញារបស់អ្នកទាក់ទងនឹងការងាររបស់អ្នក៖ (បោះពុម្ព ឬវាយអង្កល់លេខ)		
អាសយដ្ឋាន	ទីក្រុង	រដ្ឋ
		ហ្សឺប+4
សូមបំពេញសំណុំបែបបទចេញផ្សាយកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រដែលភ្ជាប់មកជាមួយដើម្បីយើងអាចទទួលបានកំណត់ត្រារបស់អ្នក។	ប្រសិនបើការបញ្ជាក់ពីមានមិនត្រូវបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ទេ ពាក្យបណ្តឹងទាមទារអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកនឹងត្រូវបានពិនិត្យពេល ឬអាចត្រូវបានបដិសេធ។	
តើការបញ្ជាក់ពីមានដែលអ្នកមានភ្ជាប់ជាមួយ បំពេញចប់សព្វគ្រប់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទប្រហាស <input type="checkbox"/> ទេ		
ប្រភេទនៃការងារដែលអ្នកធ្វើដែលអ្នកជឿថាបានបណ្តាលមកពីរោគសញ្ញារបស់អ្នក៖	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃការងារនៅក្នុងការងារដំបូងដែលអ្នកគិតថាបណ្តាលអោយមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក។ ខែ / ឆ្នាំ	
តើសកម្មភាពអ្វីដែលអ្នកបានធ្វើនៅកន្លែងធ្វើការដែលអ្នកជឿថាបណ្តាលមកពីរោគសញ្ញារបស់អ្នក? (សូមពិនិត្យមើលទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)		
<input type="checkbox"/> ចាប់ ឬក្តីច <input type="checkbox"/> ទាញ <input type="checkbox"/> លុតជង្គង់ <input type="checkbox"/> ឧបករណ៍ដែលបានប្រើ _____ <input type="checkbox"/> សកម្មភាព ដោយកម្លាំង <input type="checkbox"/> រុញ <input type="checkbox"/> ឈោងទៅខាងលើ <input type="checkbox"/> បង្វិលជាមួយ _____ <input type="checkbox"/> ការងារត្រីដែលវរបស់ខ្ញុំ (សូមពណ៌នា) _____ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមពណ៌នា) _____		

## ប្រវត្តិការងារ

សូមចាប់ផ្តើមជាមួយការងារថ្មីបំផុតរបស់អ្នក ហើយរាប់ត្រឡប់ត្រាយ បញ្ចូលទាំងការងារបច្ចុប្បន្ន និងអតីតកាលទាំងអស់។ កាលបរិច្ឆេទទាំងអស់ត្រូវតែជាការប៉ាន់ស្មានដ៏ល្អបំផុតរបស់អ្នក។ អ្នកត្រូវតែរាយការណ៍ពេលឈប់ ឬការអាក់ខានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នក។

ឈ្មោះអាជីវកម្មនិយោជក	តួនាទីការងាររបស់អ្នក	កាលបរិច្ឆេទ ការងារ៖	ពី (ខែ/ឆ្នាំ) ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺប+4	តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលអ្នកធ្វើសកម្មភាពដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានបណ្តាលឲ្យមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក? ម៉ោង
រៀបរាប់ពីតួនាទីភារកិច្ច ការប្រើឧបករណ៍ ឬសកម្មភាពត្រីដែលដែលបានធ្វើឡើងជាទៀងទាត់។ រួមបញ្ចូល ការស្មានចំនួនម៉ោងដែលអ្នកចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាពនីមួយៗ			
ចង្អុលបង្ហាញការសម្រាក ឬការអានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលការងារនេះ៖ ប្ររាងការងារនេះនិងការងារបន្ទាប់។ ហេតុផលនៃការអាក់ខាន៖		ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)

ឈ្មោះអាជីវកម្មនិយោជក	តួនាទីការងាររបស់អ្នក	កាលបរិច្ឆេទ ការងារ៖	ពី (ខែ/ឆ្នាំ) ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក		
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺប+4	តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលអ្នកធ្វើសកម្មភាពដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានបណ្តាលឲ្យមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក? ម៉ោង
រៀបរាប់ពីតួនាទីភារកិច្ច ការប្រើឧបករណ៍ ឬសកម្មភាពត្រីដែលដែលបានធ្វើឡើងជាទៀងទាត់។ រួមបញ្ចូល ការស្មានចំនួនម៉ោងដែលអ្នកចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាពនីមួយៗ			
ចង្អុលបង្ហាញការសម្រាក ឬការអានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលការងារនេះ៖ ប្ររាងការងារនេះនិងការងារបន្ទាប់។ ហេតុផលនៃការអាក់ខាន៖		ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)

ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មាននេះពិត និងត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។

ទំព័រទី 1 នៃ \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ៖ \_\_\_\_\_ ហត្ថលេខា៖ \_\_\_\_\_

# ជំងឺអាជីព និងប្រវត្តិការងារ (បន្ត)

ទំព័រ ១ នៃ	ឈ្មោះ (សូមសរសេរ)	លេខទាមទារ
------------	------------------	-----------

នេះគឺជាសន្លឹកបន្ត។ អ្នកត្រូវតែបំពេញទំព័រជំនួសនៃទម្រង់នេះ។ ប្រសិនបើប្រវត្តិការងារបន្តបន្ទាប់ទៀត អ្នកអាចចុះចំណងជម្រង់បែបបទនេះ។

សូមបន្តជាមួយ ការងារថ្មីបំផុតរបស់អ្នកហើយរាប់ ត្រឡប់ក្រោយ

ឈ្មោះអាជីវកម្មនិយោជក	តួនាទីការងាររបស់អ្នក	កាលបរិច្ឆេទ ការងារ	ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺប+4	តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលអ្នកធ្វើសកម្មភាពដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានបណ្តាលឲ្យមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក? <span style="float: right;">ម៉ោង</span>	
រៀបរាប់ពីតួនាទីភារកិច្ច ការប្រើឧបករណ៍ ឬសកម្មភាពដែលអ្នកធ្វើឡើងជាទៀងទាត់។ រួមបញ្ចូល ការស្មានចំនួនម៉ោងដែលអ្នកចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាពនីមួយៗ				
ចង្អុលបង្ហាញការសម្រាក ឬការរំខានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលការងារនេះ ឬរវាងការងារនេះនិងការងារបន្ទាប់។ ហេតុផលនៃការអាក់ខាន៖			ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)

ឈ្មោះអាជីវកម្មនិយោជក	តួនាទីការងាររបស់អ្នក	កាលបរិច្ឆេទ ការងារ	ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺប+4	តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលអ្នកធ្វើសកម្មភាពដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានបណ្តាលឲ្យមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក? <span style="float: right;">ម៉ោង</span>	
រៀបរាប់ពីតួនាទីភារកិច្ច ការប្រើឧបករណ៍ ឬសកម្មភាពដែលអ្នកធ្វើឡើងជាទៀងទាត់។ រួមបញ្ចូល ការស្មានចំនួនម៉ោងដែលអ្នកចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាពនីមួយៗ				
ចង្អុលបង្ហាញការសម្រាក ឬការរំខានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលការងារនេះ ឬរវាងការងារនេះនិងការងារបន្ទាប់។ ហេតុផលនៃការអាក់ខាន៖			ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)

ឈ្មោះអាជីវកម្មនិយោជក	តួនាទីការងាររបស់អ្នក	កាលបរិច្ឆេទ ការងារ	ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺប+4	តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលអ្នកធ្វើសកម្មភាពដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានបណ្តាលឲ្យមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក? <span style="float: right;">ម៉ោង</span>	
រៀបរាប់ពីតួនាទីភារកិច្ច ការប្រើឧបករណ៍ ឬសកម្មភាពដែលអ្នកធ្វើឡើងជាទៀងទាត់។ រួមបញ្ចូល ការស្មានចំនួនម៉ោងដែលអ្នកចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាពនីមួយៗ				
ចង្អុលបង្ហាញការសម្រាក ឬការរំខានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលការងារនេះ ឬរវាងការងារនេះនិងការងារបន្ទាប់។ ហេតុផលនៃការអាក់ខាន៖			ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)

ឈ្មោះអាជីវកម្មនិយោជក	តួនាទីការងាររបស់អ្នក	កាលបរិច្ឆេទ ការងារ	ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)
អាសយដ្ឋាននិយោជក	លេខទូរស័ព្ទនិយោជក			
ទីក្រុង	រដ្ឋ	ហ្សឺប+4	តើប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ដែលអ្នកធ្វើសកម្មភាពដែលអ្នកជឿជាក់ថាបានបណ្តាលឲ្យមានរោគសញ្ញារបស់អ្នក? <span style="float: right;">ម៉ោង</span>	
រៀបរាប់ពីតួនាទីភារកិច្ច ការប្រើឧបករណ៍ ឬសកម្មភាពដែលអ្នកធ្វើឡើងជាទៀងទាត់។ រួមបញ្ចូល ការស្មានចំនួនម៉ោងដែលអ្នកចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាពនីមួយៗ				
ចង្អុលបង្ហាញការសម្រាក ឬការរំខានណាមួយនៅក្នុងប្រវត្តិការងាររបស់អ្នកក្នុងអំឡុងពេលការងារនេះ ឬរវាងការងារនេះនិងការងារបន្ទាប់។ ហេតុផលនៃការអាក់ខាន៖			ពី (ខែ/ឆ្នាំ)	ដល់ (ខែ/ឆ្នាំ)

**ខ្ញុំបញ្ជាក់ថាព័ត៌មាននេះពិត និងត្រឹមត្រូវទៅតាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ។**

Dept of Labor and Industries  
PO Box 44291  
Olympia WA 98504-4291

កាលបរិច្ឆេទ៖

ហត្ថលេខា៖