

**ប្រភពសំរាប់ព័ត៌មាននៃលក្ខណសម្បត្តិ**  
SOURCES FOR ELIGIBILITY INFORMATION

ឈ្មោះអ្នកដាក់ពាក្យសុំ (សរសេរអក្សរពុម្ព)			
ហត្ថលេខាអ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់			ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
សូមបំពេញក្រដាសពាក្យនេះ បើសិនជាអ្នកស្នើសុំជំនួយបុគ្គលិករបស់រដ្ឋ DDD ដើម្បីទាក់ទងអ្នកផ្តល់ការបំរើដែលមានឈ្មោះនៅខាងក្រោមនេះសំរាប់ព័ត៌មាននៃលក្ខណសម្បត្តិ ។			
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង
ឈ្មោះ		លេខទូរស័ព្ទ	
អាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខ្វែង