

B

1. രോഗവിവരം (ഡോക്ടർ പുരിപ്പിക്കേണ്ടത്)

.....
.....
.....

2. ചികിത്സാചിലവ് (ഉദ്ദേശം)

പ്രതിമാസം
OR
ആകെ

3. ഡോക്ടറുടെ പേര്

4. ആശുപത്രി സീൽ

ഒപ്പ്

C

1) വാർഡ്മെമ്പറുടെ /

ശുപാർശ.....

.....

.....

2) പേര് സീൽ

ഒപ്പ്

NB: രോഗിയുടെ ഫോട്ടോ യഥാസ്ഥാനത്ത് ഒട്ടിച്ചിരിക്കണം.
നേഷൻകാർഡിന്റെ കോപ്പി അപേക്ഷയോടൊപ്പം ഉണ്ടായിരിക്കണം.
വിവരങ്ങൾ പൂർണ്ണമല്ലെങ്കിൽ, അപേക്ഷ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല.

FOR OFFICE USE

Date of Issue :

Amount Sanctioned: Rs

Date of Receipt :

Check Received by :

Signature

Signature

Date :