

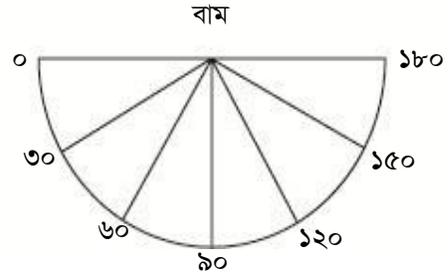
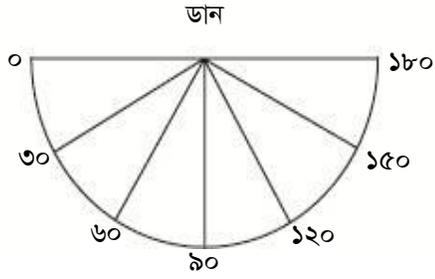
বাংলাদেশ ফরম নং ৮১১

হাসপাতাল

চক্ষু বিভাগ

নং.....

নাম.....



ডান চক্ষু-- দূরের :

কাছের :

বাম চক্ষু--- দূরের :

কাছের :

তারিখ.....

নং ইডি (ওএন্ডএম)৭৭/৭৫-৫১২ তাং ৮-৫-৭৫।

বাংমুঃ-২০১০/১১-১০০০৪(সি)-১,০০০০০ কপি, (মুদ্রণাদেশ-১২)২০১০।