

তারিখ

বরাবর

উপজেলা সমাজসেবা অফিসার ও সাধারণ সম্পাদক

রোগী কল্যাণ সমিতি

ফুলতলা, খুলনা

বিষয় রোগী কল্যাণ সমিতি থেকে বিনামূল্যে ওষুধ/বস্ত্র/খাবার/নগদ টাকা প্রাপ্তির জন্য আবেদন।

জনাব,

রোগী কল্যাণ সমিতি থেকে বিনামূল্যে ওষুধ/বস্ত্র/খাবার/নগদ টাকা প্রাপ্তির জন্য প্রয়োজনীয় তথ্যাদি উপস্থাপন করলাম।

রোগীর নাম-..... হাসপাতালে ভর্তির তারিখ-..... খ্রি.

রোগীর বয়স-..... রেজি. নং-

পিতা/স্বামীর নাম-..... ওয়ার্ড নং-

পেশা-....., মোবাইল-..... বেড নং-

গ্রাম-....., উপজেলা- ফুলতলা, জেলা- খুলনা

প্রয়োজনীয় ওষুধ/বস্ত্র/খাবার/নগদ টাকার বিবরণ			
ক্র. নং	ওষুধের নাম/বস্ত্র/খাবার/নগদ টাকার বিবরণ	পরিমাণ	মন্তব্য
১			বর্ণিত ওষুধগুলি হাসপাতালের সরবরাহে নাই।
২			
৩			
৪			
৫			
৬			
৭			
৮			
৯			

রোগীর/আবেদনকারীর স্বাক্ষর/টিপসহি

মেডিক্যাল অফিসার/আবাসিক মেডিক্যাল
অফিসার/ইউএইচ&এফপিও-এর তারিখসহ স্বাক্ষর ও সিল

উপজেলা সমাজসেবা অফিসারের তারিখসহ স্বাক্ষর ও সিল

উপরে বর্ণিত ওষুধ/বস্ত্র/খাবার/নগদ টাকা বুঝিয়া পেলাম।

গ্রহণকারীর স্বাক্ষর/টিপসহি