

अनुसूचि ७

**बिरामीलाई निशुल्क उपचार सेवा दिँदा भर्नुपर्ने फाराम
(दफा सँग सम्बन्धित)**

दर्ता नं. :
मिति :
नाम थर :
ठेगाना :
लक्षित वर्गको किसिम :
रोगको किसिम :

क्र.स.	सेवा प्रदान मिति	सेवा विवरण	मूल्य रु.	जम्मा रकम	सेवा प्रदान गर्नेको सहि
जम्मा					

.....
बिरामी/अविभावकको दस्तखत
नाम :
मिति :

स्वीकृत गर्ने:
नाम :
पद :
दस्तखत :
मिति: