

सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र,-----

विषय- ANC की राशि भुगतान करने के सम्बन्ध में

उपर्युक्त विषयान्तर्गत निवेदन है की मेरे द्वारा निम्नलिखित गर्भवती महिलाओं का पंजीकरण किया गया तथा प्रसव पूर्व तीन व चार जांचें करवाई गयी। इस हेतु मुझे ANC राशि का भुगतान करने की कृपा करें। इसका भुगतान मैंने पूर्व में प्राप्त नहीं किया है।

क्र.सं.	PCTS नंबर	महिला का नाम	पति का नाम	आयु (वर्ष में)	ANC पूर्ण होने की दिनांक
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

www.teachersraj.com

प्रमाणित
हस्ताक्षर ANM

भवदीया
आशा