

टी.बी. केस के भुगतान हेतु प्रमाण पत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क. सं.	मरीज का नाम	महिला/पुरुष	निवास का पता	उम्र	मोबाईल नम्बर
1					
	पंजीकरण दिनांक	ईलाज शुरू करने की दिनांक		ईलाज समाप्ति की दिनांक	
2					
	पंजीकरण दिनांक	ईलाज शुरू करने की दिनांक		ईलाज समाप्ति की दिनांक	

उपरोक्त टीबी मरीजों को दवाई मेरी देखरेख में निर्धारित समय पर खिलाई गई है। दवा खिलाने का प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है। एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त आशा ने उपरोक्त मरीज को टीबी की दवाई निर्धारित समय पर खिलाई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका