

## कुष्ठ रोगी को दवा खिलाने पर भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम .....

मरीज का नाम	
मरीज का स्थायी पता	
उम्र:- .....	महिला/पुरुष:- .....
मुखिया का मोबाईल नम्बर	
पंजीकरण की दिनांक :- .....	दवा शुरू करने की दिनांक:- .....
केस पीबी/एमबी जिसकी दवा खिलाई गई:- .....	
दवा पूरी खिलाने की दिनांक	
उपरोक्त कुष्ठ रोगी को सम्पूर्ण दवा ईलाज मेरे द्वारा स्वयं की देखरेख में किया गया है। प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है। इसका इन्द्राज मेरी आशा डायरी में भी कर दिया गया है।	

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त मरीज को दवा आशा की देखरेख में खिलाई गयी है। इसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्ट्रर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड .....

हस्ताक्षर प्रसाविका