

टीकाकरण हेतु मासिक आधार ड्यूलिस्ट (रूटीन एक्टिविटी)(3)

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

क्र. सं.	बच्चे का नाम	माता/पिता का नाम	पति का नाम	जन्म दिनांक	बीसीजी दिनांक	पेन्टा 1 ओपीवी	पेन्टा 2 ओपीवी	पेन्टा 3 ओपीवी	मिजल्स विटा-ए	डिपीटी मिजल्स ओपीवी बूस्टर
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

उपरोक्तानुसार गर्भवतियों की जाँच मेरे द्वारा माह में करवायी गई है। एवं इन्द्राज आशा डायरी में कर दिया गया है।

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

आशा ने उपरोक्त ड्यू लाभार्थियों को माह के दौरान बुलवाया है एवं उनकी नियमित जाँचे समय समय पर करवाई है। जिसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती है।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका