

मोतियाबिन्द के ऑपरेशन हेतु भुगतान प्रपत्र

ऑगनबाड़ी का नाम..... आशा का नाम

मरीज का नाम	
मरीज का स्थायी पता	
उम्र:-	महिला/पुरुष:-
मुखिया का मोबाईल नम्बर	
आपरेशन की दिनांक :-	छुट्टी की दिनांक:-
ऑख दौयी /बौयी जिस का ऑपरेशन किया गया:-	
कैम्प सरकारी/संस्था	कैम्प स्थल का नाम
उपरोक्त मोतियाबिन्द का ऑपरेशन मोटिवेशन मेरे द्वारा किया गया है। डिस्चार्ज का प्रमाण पत्र संलग्न कर दिया गया है। इसका इन्द्राज मेरी आशा डायरी में भी कर दिया गया है।	

हस्ताक्षर आशा

प्रमाण-पत्र

उपरोक्त मरीज का मोतियाबिन्द का ऑपरेशन उपरोक्त आशा ने करवाया है। इसका इन्द्राज आरसीएच रजिस्टर में मेरे द्वारा कर दिया गया है। भुगतान की अनुशंसा की जाती हैं।

उपकेन्द्र/वार्ड

हस्ताक्षर प्रसाविका