

## सर्जिकल स्वास्थ्य उपचार

प्रपत्र-02

क्र.सं.	जिला	ब्लॉक	विद्यालय का नाम	पिता का नाम	आवश्यक सर्जरी का विवरण	सर्जरी हेतु प्रस्तावित तिथि	सर्जरी हेतु प्रस्तावित स्थान
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							