

রোগীকল্যাণ সমিতি  
হাসপাতাল সমাজসেবা কার্যালয়  
সদর হাসপাতাল, মানিকগঞ্জ।  
নিবন্ধন নম্বর ও তারিখ: ঢ-০১১২৩, ৩০/০৮/২০০৩  
ফোন: +৮৮০২৯৯৬৬১০২৯৬  
ইমেইল: ssoh.manikganj@dss.gov.bd

সাহায্যের আবেদন পত্র

ফরম নম্বর :

তারিখ :

১ম অংশ-

- ১। রোগীর নাম..... বয়স..... লিঙ্গ..... পেশা..... মাসিক আয়..... নিবন্ধন নম্বর.....  
(ইনডোর/আউটডোর) ও তারিখ..... মোবাইল নম্বর..... বিভাগ.....  
ওয়ার্ড..... বেড নম্বর..... এনআইডি নম্বর.....
- ২। পিতা/স্বামীর নাম..... মাতার নাম.....
- ৩। রোগীর অভিভাবকের নাম..... মোবাইল নম্বর.....
- ৪। ঠিকানা: গ্রাম/বাড়ি নম্বর/সড়ক..... থানা..... জেলা.....
- ৬। রোগের নাম ও রোগীর বর্তমান অবস্থা(ডাক্তার কর্তৃক পূরণীয়).....
- ৭। রোগীর প্রয়োজনীয় ঔষধ, পরীক্ষা-নিরীক্ষা এবং অন্যান্য দ্রব্যাদির নাম পরিমাণসহ (ডাক্তার কর্তৃক পূরণীয়, সরকারি সরবরাহ বহির্ভূত)
- ক)..... চ).....  
খ)..... ছ).....  
গ)..... জ).....  
ঘ)..... বা).....  
ঙ)..... ঞ).....

আবেদনকারী

রোগী/অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপসই

সংশ্লিষ্ট ডাক্তারের স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সীল

২য় অংশ-

৯। রোগীর প্রাপ্তিস্বীকার :

ধন্যবাদের সাথে সমাজসেবা অফিসের মাধ্যমে রোগীকল্যাণ সমিতি হতে ..... টাকা  
(অঙ্কে ও কথায়) মূল্যের নিম্নোক্ত সাহায্য বুঝে পেলাম।  
ক)..... খ)..... গ)..... ঘ).....

বিতরণকারীর স্বাক্ষর ও পদবী

গ্রহণকারী  
রোগী/রোগীর অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপসই

কর্তব্যরত ডাক্তার/সিনিয়র স্টাফ  
নার্সের স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সীল  
(বিতরণের সময় উপস্থিত)

সমাজসেবা কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও নামযুক্ত সীল