अनुसूचि ६

बिरामीलाई निशुल्क उपचार सेवा दिँदा भर्नुपर्ने फाराम (दफा सँग सम्बन्धित)

दर्ता नं. : मिति :

जम्मा

नाम थर :							
ठेगाना :							
लक्षित वर्गको किसिम :							
रोगको किसिम :							
ऋ.स.	सेवा प्रदान	सेवा विवरण	मूल्य रु.	जम्मा रकम	सेवा प्रदान		
	मिति				गर्नेको सिह		

बिरामी / अविभाबकको दस्तखत	स्वीकृत गर्ने:
नाम :	नाम :
मिति :	पद :
	दस्तखत :
	मिति: