

PATIENT TRAVEL AUTHORIZATION

Respected sir / Madam,

This is to certify that below mentioned patient is getting treatment from our hospital. During her emergency or follow up her health check up kindly allow her with only one attender to and fro travel from their resident to our hospital only on given date periods. Thank you for your service.

Note: This letter eligible only the mentioned patient address to our Lakshmi hospital, Udayarpatti.

மதிப்பிற்குரிய ஐயா,

கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நோயாளி எங்களது மருத்துவமனையில் சிகிச்சை பெற்று வருகிறார். அவர்களுக்கு மாதாந்திர பரிசோதனைக்காகவோ அல்லது அவசர சிகிச்சைக்காகவோ நோயாளியின் இருப்பிடம் முதல் எங்களது மருத்துவமனை வரை ஒரே ஒரு உதவியாளருடன் வந்து செல்ல குறிப்பிடப் பட்டுள்ள தேதி அன்று மட்டும் அனுமதிக்கும்படி கேட்டுக் கொள்கிறோம். உங்களின் சேவைகளுக்கு நன்றி.

குறிப்பு. இந்த சான்று நோயாளியின் வீடு முதல் லட்சுமி மருத்துவமனை, உடயார்பட்டி வரை தான் செல்லுபடி ஆகும்.

Patient Name :		நோயாளியின் பெயர்:	
Coming From with Address:		வரும் ஊர் மற்றும் முகவரி:	
Contact No:		கைபேசி இலக்கம்:	
Travelling Date to Hospital:		மருத்துவமனைக்கு செல்லும் தேதி:	

With Regards,

Lakshmi Hospitals Admin Dept