

रोगी पंजीकरण फॉर्म
(PATIENT REGISTRATION FORM)

नोट : कृपया फॉर्म कैपिटल अक्षरों में भरें।
(Please fill this form in Block Letters)

आवंटित कमरे का नाम/नं. (Alloted Room's
Name / No.) :



पंजीकरण की तिथि Date of Registration :	15-02-2022	आगमन की तारीख (Date of Arrival) :	01-01-0001
रोगी का नाम (Patient Name) :	anushka anushka	एम. आर. नं. (M.R. No) :	22021515232494
समूह संख्या (Group No.) :	Individual	आईपीडी संख्या (IPD No.) :	IPD2223000000270
पता (Address) :			
देश (Country) :	India		
शहर (City) :	nodayanagar		
राज्य (State) :	Assam		
पिन (PIN) :	124570	फोन नं. (Ph. No.) :	9557973243
ईमेल (Email) :	emr@divyayoga.com		
जन्मतिथि (D.O.B) :	01-02-2022	उम्र (Age) :	0 yrs 6 month 15 day
लिंग (Sex) :	Female		
पंजीकरण का प्रकार (Registration Type) :	Patient		
संलग्न प्रमाण-पत्र (Enclosed ID proff) :	Aadhaar (UID)		
रोग (Diseases) :			
रोगों का इतिहास (History of Diseases) :			

हस्ताक्षर (signature)

Check-out Sign. of Patient/Att. with Date:

अधिकृत हस्ताक्षर (Auth Signature)