

प्ररूप – क  
मूल चिकित्सा अभिलेखों के लिए आवेदन  
[नियम 6(2) देखें]

सेवा में,  
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी  
.....  
.....  
.....

महोदय/महोदया,

विषय - मेरे मूल चिकित्सीय अभिलेख/..... के मूल चिकित्सीय अभिलेखों (यदि आवेदन नामनिर्दिष्ट प्रतिनिधि द्वारा किया गया है)/ की प्रति हेतु अनुरोध-अस्पताल संख्या (यदि ज्ञात हो) .....

मेरा, श्री/श्रीमती ..... निवासी ..... आयु..... वर्ष,  
पुत्र/पुत्री श्री/श्रीमती ..... का उपचार आपके मानसिक स्वास्थ्य स्थापन में तारीख  
..... से ..... तक किया गया था।

कृपया मुझे मेरे उपचार के चिकित्सीय अभिलेखों की एक प्रति उपलब्ध करवाने का कष्ट करें।

पता  
तारीख

हस्ताक्षर  
नाम

टिप्पणी :- जो अपेक्षित न हो, उसे काट दें।