

**प्ररुप- च**

**अत्यधिक सहायता की आवश्यकता वाले रोगी का दाखिला जारी रखने हेतु आवेदन**

[नियम 8 देखें]

सेवा में,

चिकित्सा अधिकारी प्रभारी

.....  
.....

महोदय/महोदया,

में, श्री/श्रीमती....., निवासी .....

श्री/श्रीमती ..... का नामनिर्दिष्ट प्रतिनिधि हूँ, जो सहायता प्राप्त भर्ती श्रेणी के अधीन आपके स्थापन में अन्तः रोगी है/थी, नीचे बताए गए कारणों से उसकी तीस दिन के पश्चात् भर्ती जारी रखने / अस्पताल से छुट्टी के सात दिनों के भीतर पुनः भर्ती करने का अनुरोध करता / करती हूँ।

कृपया उसे अपने स्थापन में अत्यधिक सहायता की आवश्यकता वाले रोगी के रूप में भर्ती जारी रखने/पुनः भर्ती करें।

पता  
तारीख

हस्ताक्षर  
नाम

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