

प्ररूप- ड.

अत्यधिक सहायता की आवश्यकता वाले रोगी की भर्ती हेतु आवेदन

[नियम 8 देखें]

सेवा में,

चिकित्सा अधिकारी प्रभारी

.....
.....

महोदय/महोदया,

मैं, श्री/ श्रीमती/.....,निवासी
श्री/श्रीमती आयु..... सुपुत्र/सुपुत्री का नामनिर्दिष्ट प्रतिनिधि आपसे
उसके/उसकी..... पुत्र/पुत्री को मानसिक रूग्णता के उपचार हेतु आपके
स्थापन में भर्ती करने के लिए अनुरोध करता हूँ।

श्री/ श्रीमती को वर्ष से निम्नलिखित लक्षण हैं।

- 1
- 2
- 3

मेरे नामनिर्दिष्ट प्रतिनिधि के रूप में मेरी नियुक्ति और उसके रोग से संबंधित निम्नलिखित दस्तावेज संलग्न है।

- 1
- 2
- 3

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

नाम:

पता:

मोबाइल और ई-मेल:

हस्ताक्षर

तारीख:

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