



হাসপাতাল কেন্দ্র (অথবা ৩ ডাক্তার)

রোগের নাম

বহির্বিভাগীয় রোগীর চিকিৎসা

চিকিৎসা প্রতিষ্ঠান/কলেজ হাসপাতাল
বাইরে চিকিৎসা চিকিৎসা ১০.০০ টাকা

তারিখ

নাম

বয়স

পুরুষ/মহিলা

ঠিকানা

রোগ

তারিখ

চিকিৎসা

০১/১০/২৪

ডাঃ রানা

১-০+১-

৫ টি

০৫৭-

১০-১+

১০-১+

৫ টি

নং সম(বাঃবাঃকোঃ)/ভেটিং/ক-৪১/৮৯-৪৩৪৫, তাং ১৯-৮-৮৯

বাঃ নিঃ মুঃ-৫৮/২০২৩-২৪, ২ কোটি কপি, মুদ্রণাদেশ নং ১৩/২০২৩-২৪।