

বাংলাদেশ ফরম নং ৭৬৯ 24623

বহির্বিভাগীয় রোগীর টিকিট

হাসপাতাল/কেন্দ্র
রেজিঃ নম্বর তারিখ 08 JUN 2024
নাম বয়স পুরুষ/মহিলা
ঠিকানা (স্বাঃ) (বিকল্প নাম) (বাসা)
রোগ

তারিখ	চিকিৎসা
	10mm Cap. Tetracyclen ৫০০ Feb. Nonel ১০০, Flazyl ৫০ ৭৫০ ০৫৫ ml ২ মিনিট ৫০০০ ১০০০ ১০০০ ১০০০

নং সম(বাঃবাঃকোঃ)/ডেটিং/ফ-৪১/৮৯-৪৩৪৫, তাং ১৯-৮-৮৯ইং
বাঃ নিঃ মুঃ-৫৮/২০২২-২৩, ২কোটি কপি, মুদ্রণাদেশ নং-৩৩/২০২২-২৩।

+