

বাংলাদেশ ফরম নং ৭৬৯ 08759

বহির্বিভাগীয় রোগীর টিকিট

হাসপাতাল/কেন্দ্র .....  
রেজিঃ নম্বর ..... তারিখ .....  
নাম বিদ্যুৎ বয়স ..... পুরুষ/মহিলা  
ঠিকানা ৪৬৫  
রোগ .....

তারিখ	চিকিৎসা
০৭/১৩/১৯	tab. amixep - ৭০ ৭ দিন ২+০+২  tab. Alben AS mm. ৩৩ -  tab. Rozuvle ৫mg ২০ml ২+০+০

নং সম(ব্যবহারকোড)/ডেউং/ফ-৪১/৮৯-৪৫৪৫, তার ১৯-৮-৮৯  
বার নিঃ সূত্র-৫৮/২০২৩-২৪, ২ ফোটি কপি, মুদ্রণাদেশ নং-২৩/২০২৩-২৪।