

বাংলাদেশ ফরম নং ৮১৭

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

জেনারেল হাসপাতাল, নীলফামারী

নীলফামারী।

রোগীর ছাড়পত্র

রেজিঃ নং- ৬৭২২৬৭

DR

প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, জনাব.....

পিতা/স্বামী.....

ঠিকানা : গ্রাম.....

উপজেলা :

অত্র হাসপাতালের.....

স্বাক্ষরে.....

স্বাক্ষর

৮৫৭২২

নীলফামারী

ইউনিয়ন.....

জেলা.....

ক্রম.....

শয্যা/কেবিনে.....

১২.০৩.২৩

AMF

হইতে.....

১৩.০৩.২৩

তারিখ পর্যন্ত

স্বাক্ষরিত।

তারিখ.....

স্বাক্ষর.....

পদবী.....

রেজিঃ নম্বর.....

