

# आज़ादी अमृत महोत्सव अंतर्गत विकासखंड स्तरीय स्वास्थ्य मेला

विकासखंड- ABC जिला: XYZ दिनांक: DD/MM/YYYY

प्रथम 3  
डिजिट जिला

प्रथम 3  
डिजिट ब्लॉक

## रेफेरल कार्ड

रेफेरल न. : ABC / XYZ / 001

नाम : ..... उम्र : ..... लिंग : .....

पिता / पति का नाम : .....

पता : ..... ब्लॉक : ..... जिला: .....

मोबाइल न. : ..... हेल्थ यूनिट आई.डी.: .....

बीमारी का नाम: .....

रेफेरल का कारण: (उच्च जांच / सर्जरी/ चिकित्सकीय उपचार ) उल्लेख करें : .....

रेफेरल चिकित्सक का नाम : .....

रेफेरल कार्ड जारीकर्ता का

नोट : रेफेर होने पर मरीज द्वारा रेफेरल कार्ड उच्च संस्था में आवश्यक रूप से लेकर जाएँ।

नाम एवं हस्ताक्षर