

नाम : _____

पहचान नं. : _____

उम्र : _____

पता : _____

सीमा क्षेत्र : _____

(भौगोलिक सीमा और अनुमानित
जनसंख्या के साथ विवरण दीजिए)

क्षेत्र की ए.एन.एम. : _____

चिकित्सा अधिकारी का
नाम : _____

स्वास्थ्य केन्द्र का नाम : _____

यूनिट मेडिकल
अधिकारी का नाम : _____

जिला : _____

हस्ताक्षर
(ए.एन.एम.)

हस्ताक्षर
(आशा)

मेरी आंगनवाड़ी :

1) _____

2) _____

मेरी डिस्पेंसरी :

नाम : _____

डाक्टर : _____

फोन नं. : _____

रेफरल प्रसूती संस्थान :

1) _____ फोन नं. : _____

2) _____ फोन नं. : _____

3) ममता फ्रेंडली अस्पताल _____

फोन नं. : _____

रेफरल

(परिवार नियोजन सेवाएँ) :

1) _____

2) _____

रेफरल (अन्य बीमारियाँ) :

1) _____

2) _____

शिकायत दफ्तर

(एम.सी.डी./जल बोर्ड)

_____ फोन नं. : _____

जन्म एवं मृत्यु पंजीकरण

कार्यालय

मेरे क्षेत्र का नक्शा

Map of My Area

