

भारत के नियंत्रक-महालेखापरीक्षक का कार्यालय, नई दिल्ली

चिकित्सा - अनुमति हेतु आवेदन पत्र

1. अधिकारी/ कर्मचारी का नाम - -----
2. पदनाम - ----- परिचय पत्र संख्या: -----
3. पे - बैंड में वेतन एवं ग्रेड - पे. - -----
4. रोगी का नाम - ----- एवं सम्बन्ध -----
5. रोगी का सी.जी.एच.एस. कार्ड संख्या - -----
6. डिस्पेंसरी का नाम व स्थान - -----
(यदि लागू हो) -----
7. प्रयोजन/ उद्देश्य (चिकित्सा/ जांच/ - -----
पैथोलोजिकल टेस्ट्स/ रेडियो लोजिकल -----
टेस्ट्स (कृपया स्पष्ट विवरण दें) -----
*(चिकित्सा निरन्तरता की स्थिति में पहले -----
अनुमति पत्र की प्रति संलग्न करें) -----
8. बीमारी का नाम/चिकित्सा का विवरण - -----

9. सी.जी.एच.एस. मान्यताप्राप्त अस्पताल/ - -----
लैब/ सेंटर का नाम व पता जहाँ से -----
चिकित्सा - जांच/ टेस्ट्स कराने हैं। -----

10. ए.एम.ए. - डाक्टर का नाम व पता - _____
 (यदि लागू हो) _____

11. यदि चिकित्सा जारी रहनी है - _____
 तो विवरण दें। _____

12. अन्य विवरण - _____

अनुलग्नक

1. डाक्टर की प्रची,
2. सी.जी.एच.एस. कार्ड की प्रति
- *3. पहले अनुमति पत्र की प्रति

हस्ताक्षर

अनुभाग

डायरी संख्या-----

दूरभाष संख्या