

நோயாளியின் விபரச்சீட்டு / PATIENT'S PARTICULAR SLIP

பெயர்/ Name:		
வயது/ Age :	இனம்/ Sex :	மதம்/ Religion :
திருமணம் ஆனவரா / Married, ஆகாதவரா / Unmarried, விதவையா / Widower		
நோயாளியின் தொழில் & மாத வருமானம்/ Patient's Occupation & Monthly Income:		
தந்தை பெயர் / Father's Name, கணவர் பெயர் / Husband's Name/ பாதுகாவலர் பெயர் / Guardian's Name :		
தொழில் & மாத வருமானம் (சான்று இருந்தால் இணைக்கவும்) Occupation & Monthly Income (Attach Proof if available):		
வியாதி/Disease:		
முழு முகவரி/ Full Address		
கதவு எண் & தெருவின் பெயர் / Door No. & Street Name:		
ஊர் பெயர் / Village Name:		
தபால் அலுவலகம்/ Post Office :		
தாலுக்கா / Taluk :		
மாவட்டம்/ District:		
காவல் நிலையம்/ Police Station :		
கைபேசி எண்/ Mobile No.	தொலைபேசி எண்/ Land Line No.	
தமிழ்நாடு காப்பீடு அட்டை உள்ளதா: ஆம் / இல்லை Tamilnadu Insurance Card: YES / NO.		
ஒப்புதல் சான்று/ Declaration		
<p>மேற்கூறிய தகவல்கள் (வருமானம் மற்றும் தொழில் உட்பட) எனது அறிவுக்கும் நம்பிக்கைக்கும் உட்பட்ட வகையில் உண்மை என்று உறுதியளிக்கிறேன். மேலும் வருமானச் சான்றிதழ் தேவைப்படும்பொழுது சமர்ப்பிக்கிறேன்.</p> <p>The above said information (including Occupation & Income) are true to the best of my belief and knowledge. I will also produce the Income Certificate whenever it is required.</p>		
நோயாளி/உறவினர் கையொப்பம் Patient/Relation Signature		
விபரம் தயாரித்தவர் / Prepared by		
பெயர்/ Name:	தேதி/ Date:	