বাংলাদেশ ফরম নং ৭৬৯

বহির্বিভাগীয় রোগীর টিকিট

হাসপাতাল/কেন্দ্র .....

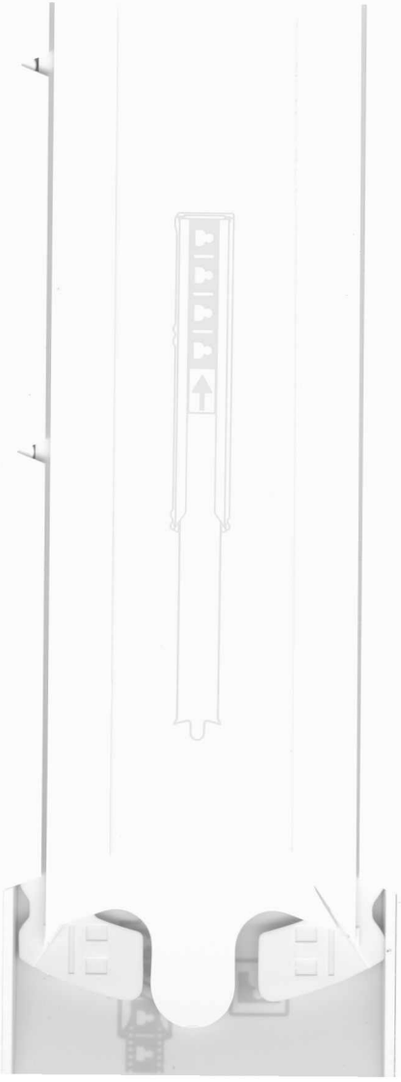
রেজিঃ নম্বর ..... তারিখ .....

নাম ..... বয়স ..... পুরুষ/মহিলা

ঠিকানা .....

রোগ .....

তারিখ	চিকিৎসা

নং সম(বাঃবাঃকোঃ)/ভেটিং/ফ-৪১/৮৯-৪৩৪৫, তাং ১৯-৮-৮৯ইং

বাঃ নিঃ মুঃ-০৭/২০১২-১৩, দুই কোটি, মুদ্রণাদেশ নং-০৩/১২-১৩।