

বাংলাদেশ ফরম নং ৮২৯ জেড (৮)

হাসপাতাল

তারিখ২০১.....

আমি ডাক্তারদের বিনা অনুমতিতে হাসপাতাল ছাড়িয়া যাইতেছি, ইহাতে কোনও খারাপ ফল হইলে তাহার জন্য আমি নিজে দায়ী।

বাঃসঃমুঃ-২০১০/১১-১০০০৮ সি—৫০,০০০ কপি, (মুদ্রণাদেশ-১৬) ২০১০।

