

राज्य के अंदर एवं राज्य के बाहर चिकित्सालय में कराये गये उपचार की अनुमति संबंधि कार्योंत्तर स्वीकृति प्रदान करने हेतु निर्धारित प्रपत्र

1. आवेदक का नाम/पदनाम/विभाग _____
2. कराये गये उपचार का नाम _____
3. रोगी का नाम एवं शासकीय सेवक से संबंध _____
4. चिकित्सालय का नाम जहां उपचार करवाया गया एवं अवधि _____
कब से _____ कब तक _____ कुल दिवस _____
5. उपचार पर हुये व्यय की जानकारी (प्रमाणित फोटो प्रति संलग्न करें)
 1. दवाओ पर _____
 2. जांच पर _____
 3. आपरेशन शुल्क _____
 4. चिकित्सकों की फीस _____
 5. सर्जरी विशेषज्ञ आदि की फीस _____
 6. एनेस्थेसिटक की फीस _____
 7. आदि अन्य मदों में विवरण सहित _____
महायोग _____
6. क्या हॉस्पिटल को मान्यता प्रदान की गई है _____
7. रेफर करने वाले चिकित्सक का नाम/पद नाम रेफर सर्टिफिकेट संलग्न करें _____
8. कराये गये उपचार की सुविधा प्रदेश के शासकीय चिकित्सालयों/महाविद्यालयों में उपलब्ध है अथवा नहीं _____
9. वे परिस्थितियाँ जिनमें ईलाज की आवश्यकता हुई एवं पूर्व स्वीकृति प्राप्त न की गई _____

कार्यालय प्रमुख के हस्ताक्षर पदनाम मोहर सहित
(जहाँ अभ्यर्थी कार्यरत है)

अभ्यर्थी के हस्ताक्षर एवं नाम