

## জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি

সন্দেহজনক যক্ষ্মা রোগী প্রেরণের ফরম

সন্দেহজনক রোগীর নাম : .....

বয়স : .....

ঠিকানা : .....

.....

প্রেরনকারীর নাম : ..... পদবী : .....

ঠিকানা : .....

.....

স্বাক্ষরঃ .....

(একনাগাড়ে ২ সপ্তাহ বা তার বেশি কাশি যক্ষ্মা রোগের প্রধান লক্ষন।)

## জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি

সন্দেহজনক যক্ষ্মা রোগী প্রেরণের ফরম

সন্দেহজনক রোগীর নাম : .....

বয়স : .....

ঠিকানা : .....

.....

প্রেরনকারীর নাম : ..... পদবী : .....

ঠিকানা : .....

.....

স্বাক্ষরঃ .....

(একনাগাড়ে ২ সপ্তাহ বা তার বেশি কাশি যক্ষ্মা রোগের প্রধান লক্ষন।)