

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচী

সন্দেহজনক যক্ষ্মা রোগী প্রেরণের ফরম

সন্দেহজনক রোগীর নামঃ.....

বয়সঃ.....

ঠিকানাঃ.....

.....

প্রেরনকারীর নামঃ..... পদবী

ঠিকানাঃ.....

..... স্বাক্ষরঃ.....

(৩ সপ্তাহের অধিক কাশি যক্ষ্মার প্রধান লক্ষন।)

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচী

সন্দেহজনক যক্ষ্মা রোগী প্রেরণের ফরম

সন্দেহজনক রোগীর নামঃ.....

বয়সঃ.....

ঠিকানাঃ.....

.....

প্রেরনকারীর নামঃ..... পদবী

ঠিকানাঃ.....

..... স্বাক্ষরঃ.....

(৩ সপ্তাহের অধিক কাশি যক্ষ্মার প্রধান লক্ষন।)