

বাংলাদেশ ফরম নং ৮১১

হাসপাতাল

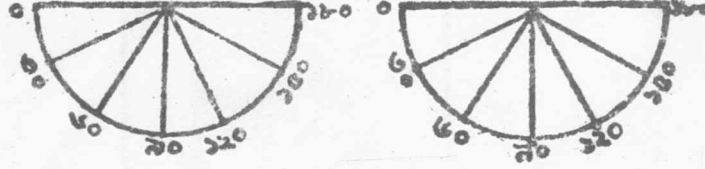
চক্ষু বিভাগ

নং.....

নাম.....

ডান

বাম



ডান চক্ষুঃ— দূরের :

কাছের :

বাম চক্ষুঃ— দূরের :

কাছের :

তারিখ.....

নং ইডি(ওএন্ডএম)৭৭/৭৫-৫১২, তাং ৮-৫-৭৫।

বাঃসঃমুঃ-২০১০/১১-১০০০৪(সি)—১,০০,০০০ কপি, (মুদ্রণাদেশ-১২) ২০১০।

