परिशिष्ट ''ख''

(भाग चार, नियम-15 ''ख'' देखें)

उपचार हेतु अग्रिम के लिए आवेदन का प्रारूप

1. आवेदक का नाम : ....
2. पदनाम : ....
3. तैनाती का स्थान : ....
4. कार्यालयाध्यक्ष : ....
5. मूल वेतन : ....
6. स्वास्थ्य पत्रक संख्या : ....
7. रोगी का नाम : ....
8. अधिकारी / कर्मचारी से सम्बन्ध : ....
9. बीमारी का नाम (जिससे पीड़ित है) : ....
10. व्यय की धनराशि : ....

    (उपचारी चिकित्सक द्वारा तैयार तथा चिकित्सालय के अधीक्षक द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित व्यय-अनुमान संलग्न है)

11. अपेक्षित अग्रिम की धनराशि : ....

दिनांक ....

(अधिकारी / कर्मचारी के हस्ताक्षर)
नाम : ....
पदनाम : ....