

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি
সম্ভাব্য যক্ষ্মা রোগী প্রেরণের ফরম

সম্ভাব্য রোগীর নাম: _____

বয়স: _____

ঠিকানা: _____

প্রেরনকারীর নাম: _____

পদবী: _____

ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর: _____

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

জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি
সম্ভাব্য যক্ষ্মা রোগী প্রেরণের ফরম

সম্ভাব্য রোগীর নাম: _____

বয়স: _____

ঠিকানা: _____

প্রেরনকারীর নাম: _____

পদবী: _____

ঠিকানা: _____

স্বাক্ষর: _____

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