**मान्‍यता प्राप्‍त गैर-सरकारी चिकित्‍सालय/डाइग्‍नोस्टिक केन्‍द्र में चिकित्‍सा के लिए अनुमति/**

**बाह्य रोगी के रूप में भेजने के लिए आवेदन पत्र**

**APPLICATION FOR PERMISSION/OUT-PATIENT REFERENCE FOR TREATMENT/ ATTENDANCE IN PRIVATE RECOGNIZED HOSPITALS/ DIAGNOSTIC CENTRES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | सरकारी कर्मचारी का नाम/  Name of the Govt. servant | : |  |
|  | पदनाम/Designation | : |  |
|  | अनुभाग जिसमें कार्यरत है/  Section in which working | : |  |
|  | वेतन/ Pay | : |  |
|  | रोगी का नाम/  Name of patient | : |  |
|  | सरकारी कर्मचारी के साथ संबंध/ Relationship with the Govt. Servant | : |  |
|  | रोग/ निदान/ Disease/ Diagnosis | : |  |
|  | सिफारिश की गई प्रक्रिया/  procedure recommended | : |  |
|  | विशेषज्ञ का नाम व पदनाम जिसने इस प्रक्रिया की सिफारिश की है/ name & designation of the specialist who recommended the procedure | : |  |
|  | अस्‍पताल/औषधालय का नाम जिससे विशेषज्ञ संबंद्ध है/  hospital/ dispensary to which the specialist is attached | : |  |
|  | अस्‍पताल/डाइग्‍नोस्टिक केन्‍द्र जहॉं रोगी को भेजा जाना है/Hospital/ diagnostic centre to which the patient is to be referred to | : |  |
|  | कर्मचारी का आवासीय पता एवं दूरभाष संख्‍या/ official’s residential address and phone No. | : |  |
|  | रोगी की जन्‍मतिथि/  Date of birth of the patient | : |  |
|  | के.स.स्‍वा.यो. पहचान पत्र की संख्‍या/ CGHS Identity Card No. | : |  |

दिनांक/ Date:

संलगनक/Encls:

**(कर्मचारी के (हस्‍ताक्षर)**

**(Signature of the Official)**