

प्रार्थना पत्र का प्रारूप
(के0जी0एम0यू0 के निमित फैकल्टी /कर्मचारियों हेतु)

सेवा में,

दिनांक :

चिकित्सा अधीक्षक,
गॉंधी स्मारक एवं सम्बद्ध चिकित्सालय,
किंग जार्ज चिकित्सा विश्वविद्यालय उ0प्र0,
लखनऊ।

महोदय,

निवेदन है कि मेरा स्वयं/पति/पत्नी/माता/पिता/पुत्र/पुत्री का उपचार आपके अधीनस्थ चिकित्सालय केविभाग में हुआ है। मेरे इस उपचार में कुल रूपया का व्यय हुआ है। उपचार सम्बन्धित सभी बिल/रसीद डा0 द्वारा सत्यापित कर संलग्न किया है।

अतः आपसे अनुरोध है उपचार के बिल को प्रतिहस्ताक्षरित करने की कृपा करें।

आपकी महान कृपा होगी।

संलग्न : (मूलरूप में)

भवदीय/ प्रार्थिनी

6. फार्म A or B

7. OPD Ticket or Discharge Certificate

8. बिल/वाउचर/रसीद

9. हेल्थ बुक की छायाप्रति

6 बैंक खाते की छायाप्रति

हस्ताक्षर :

नाम :

पूरा पता:

.....

.....

मो0नं0