



കൊച്ചി ക്ഷത്രിയ സമാജം

- തൃപ്പൂണിത്തുറ -



മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പിൽ പങ്കെടുക്കുന്നതിനുള്ള അപേക്ഷ

രജി. നമ്പർ	KKS/
------------	------

പേര്			
മേൽവിലാസം (പിൻ കോഡ്, ഫോൺ നമ്പർ/ മൊബൈൽ നമ്പർ/ ഇ-മെയിൽ അഡ്രസ് സഹിതം)			
വയസ്സ് / ജനന തീയതി		F	M
ഇതിനു മുമ്പ് ഹൃദയ സംബന്ധമായ എന്തെങ്കിലും അസുഖം ഉണ്ടായിരുന്നോ?			
ഉണ്ടായിരുന്നെങ്കിൽ അതിന്റെ വിശദ വിവരങ്ങൾ.			
കഴിക്കുന്ന മരുന്നുകളുടെ വിവരങ്ങൾ.			
മറ്റേതെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ അറിയിക്കുവാൻ ഉണ്ടെങ്കിൽ അത്: (താഴെ വിവരിക്കുക)			

മുന്നറിയിപ്പ് : ഏതെങ്കിലും രോഗങ്ങൾക്ക് ചികിത്സയിൽ ആണെങ്കിൽ രോഗത്തിൻറെയും, കഴിക്കുന്ന മരുന്നുകൾ എന്നിവയുടെയും പൂർണ്ണ വിവരങ്ങൾ, മെഡിക്കൽ രേഖകൾ മുതലായവ പരിശോധിക്കുന്ന ഡോക്ടറെ കാണിക്കുവാൻ കൊണ്ടുവരേണ്ടതാണ്.

പേരും, ഒപ്പും:

തൃപ്പൂണിത്തുറ,
26 ജനുവരി 2016.