



# محکمہ اوقاف، حج، مذہبی و اقلیتی امور، خیبر پختونخوا

SDU بلڈنگ، اٹیچڈ ڈیپارٹمنٹس کمپلیکس، خیبر روڈ، پشاور

## فارم برائے طبی امداد

الف: ذاتی کوائف

نام	والد/شوہر کا نام	شناختی کارڈ نمبر	موبائل فون نمبر	دستخط یا نشان انگوٹھا

ب: طبی امداد کیلئے متعلقہ معالج/ڈاکٹر کے کوائف

ڈاکٹر کا نام	مریض کی بیماری کی نوعیت	ہسپتال/کلینک کا پتہ	موبائل فون نمبر	دستخط	دفتری مہر

ج: تصدیق کنندہ (مذہبی رہنما یعنی پادری، پنڈت گرو، وغیرہ)

نام	والد کا نام	عہدہ	موبائل فون نمبر	دستخط	دفتری مہر

نوٹ: درخواست فارم کیساتھ تمام میڈیکل رپورٹس اور دستاویزات منسلک کرنا لازمی ہے۔