



ফর্ম ২

ASHA-র মাসিক ওষুধপত্রের হিসেব (তিনটি কপি থাকবে)

জেলা/স্বাস্থ্যজেলাঃ

ব্লকঃ

উপস্বাস্থ্যকেন্দ্রঃ

ASHA-র নামঃ

মাসঃ

বছরঃ

এ.এন.এম. / উপস্বাস্থ্যকেন্দ্রের দায়িত্বপ্রাপ্ত এ.এন.এম. এর নামঃ

ক্রমিক সংখ্যা	ওষুধপত্রের নাম	মাসের শুরুতে কতগুলি ওষুধ হাতে ছিল	এই মাসে কতগুলি ওষুধ পেয়েছেন	এই মাসে ওষুধ পাওয়ার তারিখ	হাতে থাকা ওষুধের মধ্যে সবচেয়ে তাড়াতাড়ি মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ	এই মাসে কতগুলি ওষুধ দিয়েছেন	এই মাসে কতগুলি ওষুধ মেয়াদ উত্তীর্ণ বলে বাতিল করেছেন	মাসের শেষে কতগুলি ওষুধ হাতে আছে

তারিখঃ _____

ASHA-র স্বাক্ষরঃ _____

এ.এন.এম. / উপস্বাস্থ্যকেন্দ্রের দায়িত্বপ্রাপ্ত এ.এন.এম. এর স্বাক্ষর (তারিখ ও সরকারী স্ট্যাম্প সহ)



ফর্ম ২



ক্রমিক সংখ্যা	ওষুধপত্রের নাম	মাসের শুরুতে কতগুলি ওষুধ হাতে ছিল	এই মাসে কতগুলি ওষুধ পেয়েছেন	এই মাসে ওষুধ পাওয়ার তারিখ	হাতে থাকা ওষুধের মধ্যে সবচেয়ে তাড়াতাড়ি মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ	এই মাসে কতগুলি ওষুধ দিয়েছেন	এই মাসে কতগুলি ওষুধ মেয়াদ উত্তীর্ণ বলে বাতিল করেছেন	মাসের শেষে কতগুলি ওষুধ হাতে আছে

তারিখঃ _____

ASHA-র স্বাক্ষরঃ _____

এ.এন.এম. / উপস্বাস্থ্যকেন্দ্রের দায়িত্বপ্রাপ্ত এ.এন.এম. এর স্বাক্ষর (তারিখ ও সরকারী স্ট্যাম্প সহ)