



കേരള സാമൂഹ്യ സുരക്ഷാ മിഷൻ
ആശ്വാസകിരണം ലൈഫ് സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

കേരള സാമൂഹ്യസുരക്ഷാ മിഷൻ നടപ്പിലാക്കുന്ന ആശ്വാസകിരണം പദ്ധതി ഗുണഭോക്താവായ ശ്രീ./ശ്രീമതി. (പേരും അഡ്രസ്സും)

.....
 എന്ന വ്യക്തിയും രോഗിയായ ശ്രീ./ശ്രീമതി.....

.....
 എന്ന വ്യക്തിയും ഇന്നേ ദിവസം ജീവിച്ചിരിപ്പുണ്ടെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

ഒപ്പ്
 ശിശു വികസന പദ്ധതി ഓഫീസർ/
 ഏതെങ്കിലും ഗസറ്റഡ് ഓഫീസർ

ഓഫീസ് സീൽ

ജില്ല :

പരിചരിക്കുന്നയാളിന്റെ ആധാർ നമ്പർ :

ബാങ്ക് അക്കൗണ്ട് നമ്പർ :

(ധനസഹായം ലഭിച്ചുകൊണ്ടിരിക്കുന്ന അക്കൗണ്ട് നമ്പറിൽ മാറ്റം ഉണ്ടെങ്കിൽ ബാങ്ക് പാസ്റ്റ് ബുക്കിന്റെ കോപ്പി കൂടി അറ്റാച്ച് ചെയ്യേണ്ടതാണ്.)

ഐ.എഫ്.എസ്.സി കോഡ് :

ബ്രാഞ്ച് :

ഫോൺ നമ്പർ :

(മുകളിൽ കൊടുത്തിരിക്കുന്ന എല്ലാ കോളങ്ങളും പൂരിപ്പിക്കേണ്ടതാണ്. ഓഫീസ് സീലും, തീയതിയും ഇല്ലാത്തവ പരിഗണിക്കുന്നതല്ല).