

*** શ્રી ક્ષત્રિય સમાજ સહાયક ફંડ ***
અરજી પત્રક
(તબીબી સહાય)

દર્દીનું નામ : _____

સરનામું : _____

ઉંમર : _____

ફોન : _____

ઈ-મેઈલ : _____

માંદગીનો પ્રકાર _____

કુલ ખર્ચ _____ (બીલની ઝેરોક્ષ સહીત)

અન્ય સંસ્થા/વ્યક્તિ પાસે મેળવેલી સહાયની વિગત

ક્રમ	સંસ્થા/વ્યક્તિનું નામ	માંગેલ સહાયની કુલ રકમ	મંજૂર થયેલ સહાયની રકમ	રીમાર્ક

અરજદારનું નામ _____

અરજદારની સહી _____ તા. _____

અરજદારનો દર્દીસાથેનો સબંધ _____

તા. ના રોજ મળેલી ટ્રસ્ટી મંડળની બેઠકમાં આ અરજી ઉપર વિચારણા કરી સર્વાનુમતે સહાયના મંજૂર કરવામાં આવે છે. ચેક નં. _____ તા. _____

પ્રમુખશ્રી
શ્રી ક્ષત્રિય સમાજ સહાયક ફંડ

અરજી મોકલવાનું સરનામું :: શ્રી ભૂપેન્દ્ર દિનેશચંદ્ર કાપડીઆ - પ્રમુખશ્રી

છીપવાડ, ચીખલી, તા. ચીખલી, જિ. નવસારી. પીન : ૩૯૬ ૫૨૧.

ફોન : ૯૪૨૬૬૪૫૧૬૭,

ઈ-મેઈલ : bhikhukapadia@yahoo.com