

රෝගීන් පිලිබදව සංඛ්‍යාලේඛන තොරතුරු

රෝහලේ නම :-

දිනය	බාහිර රෝගීන් සංඛ්‍යාව	නේවාසික රෝගීන් සංඛ්‍යාව	Mid Night Report අනුව රෝගීන්	වෙනත්

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ :- අත්සන :-

පරීක්ෂා කළේ :- නම :-

තනතුර :-

දිනය :- (මුද්‍රාව තබන්න)

