<u>සංඛ්‍යා ලේඛන තොරතුරු - දන්ත ශල්‍ය ඝායනය</u>

ආයතනය-: .....

මාසය	ප්‍රතිකාර ලබාගත් රෝගීන් සංඛ්‍යාව	වෙනත්

ඉහත සඳහන් තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ -: .....

පරීක්ෂා කළේ -: .....

දිනය -: .....

අත්සන -: .....

නම -: .....

තනතුර -: .....

(මුද්‍රාව තබන්න)