

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার



FORM-C (Application for name correction under Swasthya Sathi)

[illegible]

Box 1

[illegible]

| SL NO | EXISTING NAME | SEX | AGE | RELATION | MOBILE NO. | KHADYASATHI ID NO. | AADHAAR NO. (If Any) |
|-------|---------------|-----|-----|----------|------------|--------------------|-------------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

NAME: _____

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর, পশ্চিমবঙ্গ সরকার সর্বদাই আপনার পাশে আছে।

[illegible]

Signature

DATE _____