

குடும்பத்திட்ட சாதனங்கள் பற்றிய மாதாந்த தொகை
அறிக்கை/கோரிக்கைப் படிவம்

MONTHLY STOCK RETURN / REQUEST FORM

காலம் மாதம் Month	
வருடம் Year	

This form should be completed with copies and send to relevant officers.

Eg : From RMSD/Line Ministry Hospital - 2 copies (MOMCH +FHB) + office copy
 From MOH/Hospital - 2 copies (MOMCH +RMSD) + office copy
 From PHM - 1 copy MOH + office copy

ආයතනයේ /සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානයේ / ප.සෞ.කේ.කී.කො. නම சகாதார நிலைய/சகாதாரப்பிரிவு/கு.ச.உ. பிரிவின் பெயர் Name of the institution /Health Unit/ PHM area	සෞ.වෛ.කී. කොට්ඨාශය /ச.வ.அ. பிரிவு MOH Area	ප්‍රා.සෞ.කේ.අ. කොට්ඨාශය/ பி.ச.சே.ப. பிரிவு RDHS Division

[illegible]

உபகரண விகிதம் குடும்பத்திட்ட சாதனங்களின் விபரங்கள் Details of Items	பழுவிய மரும அளவு ஓயிர் பழுவிய கடந்த மாத இறுதியில் எஞ்சிய எண்ணிக்கை Amount remaining at the end of last month	மரும அளவு ஓயிர் பழுவிய மாதத்தில் பெற்றுக்கொண்ட எண்ணிக்கை Amount received during the month	மொத்தம் Total	மரும அளவு ஓயிர் பழுவிய விநியோகிக்கப்பட்ட எண்ணிக்கை Amount issued / dispensed during the month	மரும அளவு ஓயிர் பழுவிய மாத இறுதியில் எஞ்சிய எண்ணிக்கை Amount remaining at the end of the month	உபகரண அளவு பழுவிய தற்பொழுது தேவைப்படும் எண்ணிக்கை Amount Required	மரும அளவு பழுவிய (மரும அளவு பழுவிய) சராசரியாக மாதமொன்றுக்கு தேவையான எண்ணிக்கை Average monthly requirement	Min. Qty. to be stocked RMSD: Mos 3 MOH; Mos 2 PHM; Mos 1	Max. Qty. to be stocked RMSD: Mos 6 MOH; Mos 3 PHM; Mos 2
Ferrous sulphate (FeSO4)									
Folic Acid									
Iron folate									
Vitamin C									
Cal- lactate									
Vitamin A									
Mebendazole									
MMN (Multiple Micro Nutrients)									
BP 100 * (Ready to use therapeutic food)									

* மரும தோருர், பிபிடி டுதன் ப்ரடேடிய வேடச கபபுதி அம க றிகல் பிதின் பமதி (பேபிடி அமததமமடி டபதன் அபி றிகல் கத அதேகன் றிகல்).

This information should be sent from RMSD and Hospitals (Line Ministry & other hospitals) only.

இத்தகவல்கள் பிராந்திய மருத்துவ விநியோக பிரிவு (பி.ம.வி.பி) மற்றும் வைத்தியசாலை களிலிருந்து (மத்திய அமைச்சின் மற்றும் வேறு) மட்டும் அனுப்பப்படல் வேண்டும்.

அமதத கர் திடுபிடியதே / ப.கே.கே.கி. கம நிறுவனப் பொறுப்பு அதிகரி / கு.ச.உ.பெயர் Name of Officer in Charge of institution/PHM	அதிக கையொப்பம் Signature
தததர் பதவி Designation:-	திதத திகதி Date :-