

போஷணை மீளமைக்கும் திட்டம் - மாதாந்த பின்னாட்டல் சாராம்சப் படிவம்
Nutrition Rehabilitation Programme - Monthly Feedback Summary Form

வர்ப்பு காலம்/ அறிக்கையிட்ட காலம் /Reporting period: மாதம்/மாதம்/Month வர்ப்பு/ வருடம்/Year பேர்தலை நல/ வைத்தியசாலையின் பெயர் /Name of the hospital: தெருவிலை/ மாவட்டம் /District:

[illegible]

SAM දරුවන්ට ප්‍රතිකාර කරන ඒකක මගින් පවත්වාගෙන ලබන ‘පෝෂණ පුනරුත්ථාපන වැඩසටහන - ලියාපදිංචි කිරීමේ ලේඛනය’ අනුසාරයෙන් ආයතනය විසින් පිටපත් තුනකින් යුතුව සැකසිය යුතුය. කාර්යාල පිටපත, ප්‍රා.සෞ.සේ.අ. පිටපත සහ පවුල් සෞඛ්‍ය කාර්යාංශ පිටපත. ඉவ்வொரு நிறுவனத்தாலும் மூன்று பிரதிகளில் இவ்வறிக்கை தயாரிக்கப்பட வேண்டும் அலுவலகப்பிரதி, பிராந்திய சுகாதார சேவைப் பணிப்பாளருக்குரிய பிரதி மற்றும் குடும்ப சுகாதார பணியகத்திற்குரிய பிரதி SAM குழந்தைகளிற்கு சிகிச்சையளிக்கும் அலகுகளில் உள்ள “போஷ்ஷண் மீள்மைக்கும் திட்டப் பதிவேட்டில்” பதிவு செய்யப்பட்ட தகவல்களிலிருந்து. Each institution should prepare this return in triplicate; office copy, RDHS copy and FHB copy, from information recorded in ‘Nutrition Rehabilitation Programme Register’ at units treating SAM children.	
---	--