MONTHLY CONTRACEPTIVE STOCK RETURN / REQUEST FORM

RH-MIS 1158
(Revised 2010)

පවුල් සංවිධාන උපකරණ පිළිබඳ මාසික තොග වාර්තාව / ඇනවුම් පත්‍රිකාව

குடும்பத்திட்டம் பற்றிய மாதாந்த அனுமதி விபரப்படிவம்

Month මාසය மாதம்	
Year වසර வருடம்	

Instructions:
This form should be completed with copies and sent to relevant officers.

Eg.
- From RMSD – 2 copies (MOMCH + FHB) + office copy
- From MOH / Hospital – 2 copies (MOMCH + RMSD) + office copy
- From PHM – 1 copy to MOH + office copy

Name of the institution / Health Unit / PHM area ආයතනයේ / සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානයේ / ප. සෞ. සේ. නි. නම சுகாதார நிலையம் / சுகாதாரப்பிரிவு / கு.சு.உ. பிரிவி	
MOH Area සෞ. වෛද්‍ය නි. කොට්ඨාශය ச. வை. அ. பிரிவு	
RDHS Division ප්‍රා. සෞ. සේ. අ. කොට්ඨාශය பி. மா. சு. சே. ப. பிரிவு	

ප්‍ර.ස උපකරණ විස්තර குடும்பத்திட்ட சாதனங்களின் விபரங்கள் Details of Contraceptives	පසුගිය මාසය අගදී ඉතිරි ප්‍රමාණය கடந்த மாத இறுதியில் எஞ்சிய எண்ணிக்கை Amount remaining at the end of last month	මාසය තුළදී ලැබුණු ප්‍රමාණය மாதத்தில் பெற்றுக்கொண்ட எண்ணிக்கை Amount received during the Month	මුළු ගණන மொத்தம் Total	මාසය තුළදී බෙදාදුන් ප්‍රමාණය விநியோகிக்கப்பட்ட எண்ணிக்கை Amount issued/ dispensed during the Month	මාසය අගදී ඉතිරි ප්‍රමාණය மாத இறுதியில் எஞ்சிய எண்ணிக்கை Amount remaining at the end of the month	දැනට අවශ්‍ය ප්‍රමාණය தற்பொழுது தேவைப்படும் எண்ணிக்கை Amount required	මාසික අවශ්‍යතාවය (සාමාන්‍යයෙන් මාසයකට අවශ්‍ය ප්‍රමාණය) 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
රබර් කොපු ஆணுறை Condoms									
හිලින පෙති விழுங்கும் மாத்திரை Oral Pill Packets									
නික්ෂේපන (ඩෘප්පි) ஊசி Injectables (DMPA) Vials									
අන්තර් ගර්භාෂීය උපකරණ கருப்பை உட்சுருள் Intra Uterine Devices (IUD)									
හෝමෝන තැන්පතුව நோப்பிளாண்ட் Implants									

අත්සන கையொப்பம் Signature:	තනතුර பதவி Designation:
ආයතන භාර නිලධාරියාගේ / ප. සෞ. සේ. නි. නම நிறுவனப் பொறுப்பு அதிகாரியின் / கு.சு.உ. பெயர் Name of Officer in Charge of Institution / PHM:	දිනය திகதி Date: