

**MONTHLY STOCK RETURN/REQUEST FORM (Nutrition Supplies)**

පෝෂණ සැපයුම් මාසික තොග වාර්තාව /ඇනවුම් පත්‍රිකාව

Month මාසය :..... Year වසර: .....

Name of the MOH Area/Hospital සෞ.වෛ.නි.කොට්ඨාශය/රෝහල : .....

RDHS Division ප්‍රා.සෞ.සේ.අ.කොට්ඨාශය: .....

**Instructions:**

This form should be completed & sent to relevant officers at the end of each month.

From RMSD/Line Ministry Hospital - 2 Copies (MOMCH &FHB) +Office copy

From MOMCH - 2 Copies (FHB+RMSD) +Office copy

From MOH/ Hospital - 3 Copies (FHB+ MOMCH+RMSD) +Office copy

Details of Nutritional supplies සැපයුම් විස්තර	Amount remaining at the end of last month පසුගිය මාසය අගදී ඉතිරි ප්‍රමාණය	Amount Received during the month මාසය තුළ ලැබුණ ප්‍රමාණය	Total මුළු ගණන	Amount issued during the month මාසය තුළ බෙදා හරින ලද ප්‍රමාණය	Amount remaining at the end of the month මාසය අගදී ඉතිරි ප්‍රමාණය	Amount required දැනට අවශ්‍ය ප්‍රමාණය
BP 100						
Iron folate tablets						
Vitamin C tablets						
Calcium Lactate tablets						
Mebandazole tablets						
Folic Acid tablets						
Vitamin A mega dose						
MMN Sachets						

අත්සන Signature:

තනතුර Designation:

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නම Name of officer in charge:

දිනය Date :

**MONTHLY STOCK RETURN/REQUEST FORM (Nutrition Supplies)**

மாதாந்த இருப்பு அறிக்கைப் படிவம் (உணவுப் பொருட்கள் பங்கிடுதல்)

Month மாதம்: ..... Year வருடம்: .....

Name of the MOH Area/Hospital சு.வை.அ. பிரிவு /வைத்தியசாலை.....

RDHS Division பி.சு.வே.ப. பிரிவு :.....

குறிப்புகள் :

இந்தப் படிவம் 3பிரதிகளில் நிரப்பப்பட்டு கீழ்க் குறிப்பிடப்பட்ட

உத்தியோகத்தர்களுக்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்

From RMSD/Line Ministry Hospital - 2 Copies (MOMCH &FHB) +Office copy

From MOMCH - 2 Copies (FHB+RMSD) +Office copy

From MOH/ Hospital - 2 Copies (FHB+ MOMCH+RMSD) +Office copy

Detail of Nutritional supplies உணவுப் பொருட்கள் பங்கிட்டு விபரம்	Amount remaining at the end of last month போன மாத முடிவில் மிகுதி இருப்பின் அளவு	Amount Received during the month இந்த மாதத்தில் பெறப்பட்டதன் அளவு	Total மொத்த எண்ணிக்கை	Amount issued during the month இந்த மாதத்தில் பங்கிட்டுக் கொடுக்கப்பட்டதின் அளவு	Amount remaining at the end of the month இந்த மாத முடிவில் மிகுதி இருப்பின் அளவு	Amount required தேவையான அளவு
BP 100						
CSB						
Iron folate tablets						
Vitamin C tablets						
Calcium Lactate tablets						
Mebandazole tablets						
Folic Acid tablets						
Vitamin A mega dose						
MMN Sachets						

Signature கையொப்பம்: .....

Designation பதவி: .....

Name of office in charge பொறுப்பதிகாரியின் பெயர்: .....

Date திகதி:.....