मुख्यमंत्री बीपीएल जीवन रक्षा कोष योजना के तहत हीमोफिलिया व थैलेसिमिया के मरीजों को निःशुल्क चिकित्सा का मासिक विवरण :–

जिला–  माह–

| क्र. स. | रोगी का नाम मय पिता/पति | रोगी का पूर्ण पता | जिले का नाम | पंजीकरण संख्या | भर्ती की दिनांक | डिस्चार्ज की दिनांक | रोग का नाम | कुल व्यय |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |