



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान भोपाल
All India Institute of Medical Sciences Bhopal

// शिकायत पत्र (फार्म) //

//Complaint Form//

शिकायत क्रमांक Complaint No.	दिनांक: Date:
---------------------------------	------------------

मरीज का नाम (Patient's Name) :-
चिकित्सालय आई.डी. / (Hospital ID) :-
शिकायतकर्ता का नाम (Name of Complainer) :-
संपर्क नम्बर / मोबाईल नम्बर (Contact/Mobile No.) :-
ई-मेल पता / (Email-Id) :-

शिकायत का प्रकार (Nature of Complaint) :

.....
.....

शिकायत विवरण (Complaint Details) :

.....
.....
.....
.....

आपके अनुसार शिकायत का निवारण कैसे किया जा सकता है।
In your opinion, how can the complaint be redressed?

.....
.....
.....
.....

नाम एवं हस्ताक्षर
Name & Signature