

फोक्सोको क्यान्सर परिक्षण नतिजाहरूमा परिक्षण पद्धतिको परामर्शको सूचना

नाम		निवासी दर्ता नं.	
-----	--	------------------	--

फोक्सोको क्यान्सर परिक्षण नतिजाहरूको सम्बन्धमा:

धूम्रपान निवारणका सम्बन्धमा:

परामर्शको मिति	मिति/वर्ष	चिकित्सक	लाइसेन्स नं.
			चिकित्सकको नाम (हस्ताक्षर)