

पंचगव्य डॉक्टर एसोसिएशन, कांचीपुरम

पंचगव्य चिकित्सा अभ्यास प्रपत्र - 2020

अभ्यर्थी का नाम :.....

विस्तार केन्द्र का नाम :.....

आचार्य का नाम :.....

दिनांक :



रोगी का फोटो

1. रोगी का नामउम्र.....

2. पतामोबाइल.....

3. जिलाराज्य.....इमेल:.....

4. बीमारी जिसकी चिकित्सा की गई

कब सेकब तक चिकित्सा चली

5. अन्य पैथी से ली गई चिकित्सा

6. पंचगव्य औषधियों के नाम

7. पथ्य का विवरण

घोषणा : उपरोक्त विवरण सत्य है और पंचगव्य डॉक्टर एसोसिएशन की वार्षिक पुस्तिका 'गव्यसिद्ध' में अपना अनुभव छाया चित्र के साथ प्रकाशित करने की अनुमति देता/देती हूँ।

रोगी द्वारा पंचगव्य के बारे में अनुभव

.....

.....

अभ्यर्थी का हस्ताक्षर

आचार्य का हस्ताक्षर

रोगी का हस्ताक्षर