



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ
KARNATAKA GOVT. HEALTH & FAMILY WELFARE DEPT.

ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಇಲಾಖೆ
HEALTH & FAMILY WELFARE DEPT.

ಪ್ರತಿಜ್ಞಾ ಪತ್ರ

ನಿಮ್ಮ ಹೆಸರು: _____
ವಯಸ್ಸು: _____
ಜನನದ ದಿನಾಂಕ: _____
ಪಿಂಚಾಯಿ: _____
ಪುರುಷ/ಮಹಿಳೆ: _____
ವಿಧವೆ: _____
ವಿಧವೆ: _____
ವಿಧವೆ: _____
ವಿಧವೆ: _____
ವಿಧವೆ: _____

ಆಧಾರ್ ಕಾರ್ಡ್ ಸಂಖ್ಯೆ:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

