

Health Volunteer Form

(హెల్త్ వాలంటీర్ ఫారం)

**DANAR
Health Academy**

(దనార్ హెల్త్ అకాడమీ)

DID No.

Name in Full :

(పూర్తి పేరు)

Father / Husband : Age/Gender :

(తండ్రి / భర్త)

(వయస్సు / లింగ)

DOB : Mobile No :

(పుట్టిన తేదీ)

(మొబైల్)

Aadhar No : Occupation :

(ఆధార్)

(వృత్తి)

Place of Service : Mandal :

(సేవా స్థలం)

(మండలం)

District : State :

(జిల్లా)

(రాష్ట్రం)

Declaration: I hereby declare that the information mentioned by me in this form, are true to the best of my knowledge and belief. (డిక్లరేషన్ : ఈ ఫారంలో నేను పేర్కొన్న సమాచారం నా పరిజ్ఞానంలో వాస్తవం అని నమ్మి నేను ఇందు మూలంగా ప్రకటిస్తున్నాను.)

Date (తేదీ) :

Signature (సంతకం)

Admn. Office : # 12-2-140, BRP Road, Opp. South Indian Bank, Vijayawada - 520 001.

☎ : 7673944749 Website : www.danarhealth.in

Health Volunteer Form

(स्वास्थ्य स्वयंसेवक फॉर्म)

**DANAR
Health Academy**

(दनार हेल्थ अकादमी)

DID No.

Name in Full :

(पूरा नाम)

Father / Husband : Age/Gender :

(पिता/पति)

(आयु/लिंग)

DOB : Mobile No :

(जन्म तिथि)

(मोबाइल नंबर)

Aadhar No : Occupation :

(आधार नंबर)

(पेशा)

Place of Service : Mandal :

(सेवा का स्थान)

(मंडल)

District : State :

(ज़िला)

(राज्य)

Declaration: I hereby declare that the information mentioned by me in this form, are true to the best of my knowledge and belief. (घोषणा : मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में मेरे द्वारा उल्लिखित जानकारी, मेरे सर्वोत्तम ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य है।)

Date (तारीख) :

Signature (हस्ताक्षर)

Admn. Office : # 12-2-140, BRP Road, Opp. South Indian Bank, Vijayawada - 520 001.

☎ : 7673944749 Website : www.danarhealth.in