རྒྱལ་ཡོངས་ནང་སྨན་ཁང་།

རྒྱལ་ཡོངས་ནང་སྨན་འགྲན་རིག་ཀྱི་བཀའ་ཁྲིད་ཞབས་ཏོག་ལྷན་ཁང་།

NATIONAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

NATIONAL CENTRE FOR TRADITIONAL MEDICINE SERVICES

MINISTRY OF HEALTH, THIMPHU: BHUTAN

ACTIVITY REPORTING FORM

Form No.: NTMH/ADMIN-10

Name of the Department/Unit							Report for the month of:					
དཔྱད་བཅོས།	གསར་སྐྱ།						ཟླ་མིག					
	ལོ་0–4ཕྲུག		ལོ་5–14ཕྲུག		ལོ་15ཡན་ཆད		ལོ་0–4ཕྲུག		ལོ་5–14ཕྲུག		ལོ་15ཡན་ཆད	
	ཨ	མ	ཨ	མ	ཨ	མ	ཨ	མ	ཨ	མ	ཨ	མ
གཉིད།												
གསེར་ཁབ།												
སྤུ་ལུན་གསེར་ཁབ།												
དུག་ཁབ།												
ཚུགས་རིགས།												
སྐྲམ་ཚུགས།												
མེ་བཙའ།												
རླུང་བྱེད་མེ་བཙའ།												
རྨེད་བྱམ།												
སྐེམ་བྱམ།												
རབ་ཀྲ།												
སྙེས་དྲུགས།												
སྙེས་ལྟམས།												
ཆུ་ལྟམས།												
སྐྱ་ཚྭེས།												
བཤལ།												

E-mail: ntmh@health.gov.bt Medical Superintendent: +975-2-322937 Fax No. 323012 P.O. Box 297

སྐྱུགས།												
འཇམ་སྨྱོ།												
ཀཱཊུ་ཀ།												
ཆུ་བརྟག												
བཅིང་དྲག་ས།												
བཅིང་ལྷམས།												
སྐམ་ཁབ།												
འཕྲལ་འཁོར།												
བླུག་པ།												
ཁྲི་གནས།												
དྲག་ར་རིགས་ཀ་ཁ།												
རྣ་ལུ་ཁ་ཤས་ཚད།												
ཅལ་ཁྲི་ཀ་ཆས་ཚད།												
ཅལ་ཁྲི་ཡོད་པ།												
སྐབ་ཁང་ནང་ཚས་ནུ་ཕྲི་ཀ་ཅང་།												
ཀི་རྒྱེ་འབྲུང་།												
སྐབ་བཅོས་ཕྲི་བཀོལ་བ།												
ཅལ་ཁྲི་སྟོད་སྨྱུ།												

Submitted by (Name and Signature) **Date.....**