



MEDICAL CAMP

Conducted by

**KERALA ART LOVERS ASSOCIATION (KALA) &
INDIAN DOCTORS FORUM KUWAIT**

On 19th December 2008 @ India International School. Mangaf

Registration Form for Free Consultation

Name:		Civil ID No:	
പേര്:		സിവിൽ ഐഡി നമ്പർ:	
Date of Birth:		Tel. No:	
ജനന തീയതി:		ഫോൺ നമ്പർ:	
Profession:		E-mail:	
തൊഴിൽ:		ഇ മെയിൽ:	
Blood Group:		Nationality:	
രക്ത ഗ്രൂപ്പ്:		പൗരത്വം:	
Height:		Job Location in Kuwait:	
ഉയരം:		ജോലി സ്ഥലം:	
Weight:		Area of Stay in Kuwait:	
ഭാരം:		താമസ സ്ഥലം:	

Avaialble Specialities ചികിത്സാവിഭാഗങ്ങൾ

1	GENERAL MEDICINE (Cardiac + Diabetes) ജനറൽ മെഡിസിൻ (ഹൃദ്രോഗം + പ്രമേഹം)	3	OPHTHALMOLOGY നേത്രരോഗം	5	GASTROENTEROLOGY ഉദരരോഗം
2	DERMATOLOGY താൽ രോഗം	4	GYNECOLOGY സ്ത്രീജന്യ രോഗം	6	ANY OTHER SPECIFIC CASES * മറ്റു രോഗങ്ങൾ *

Brief Discription about disease:	
രോഗത്തിനെക്കുറിച്ചുള്ള ചെറുവിവരണം:	

* Please bring the supporting reports such as 'X' -Ray, CT Scan, etc.:

*പരിശോധനക്കു സഹായമായേക്കാവുന്ന എക്സ് റെ, സി.ടി സ്കാൻ തുടങ്ങിയ മുൻ പരിശോധന റിപ്പോർട്ടുകൾ കൊണ്ടുവരിക

Confirmation of Registration will be intimated to you
NB: മെഡിക്കൽ ക്യാമ്പിൽ പങ്കെടുക്കാൻ അർഹത നേടിയവരെ വിവരം മുൻ കൂട്ടി അറിയിക്കുന്നതായിരിക്കും.

For Office Use / ഓഫീസ് ആവശ്യത്തിന്

Admissible Category / Categories	
----------------------------------	--

APPROVAL		
APPROVED	PENDING	REJECTED

Signature:-		
Unit Convener	Convener - Registration	General Convener

Patient's Name:	Registration No.:	
Camp / Flat Location:	Consulted Category / ies:	
Kala Unit:	Check up time:	
Reconfirmed on:	Status:	

For more details please contact with KALA office (Phone : 24317875) or Unit Conveners.
 കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് കലയുടെ ഓഫീസുമായോ (ഫോൺ : 24317875) യൂണിറ്റ് കൺവീനർമാരുമായോ ബന്ധപ്പെടുക.
Visit: www.kalaonweb.com **Email :- info@kalaonweb.com**