

STRENGTH FOR LIFE नामांकन फॉर्म (Hindi/हिन्दी)

SFL फसीलिटी का नाम: _____

नाम: _____ जन्म तारीख: _____

सबर्ब (उपनगर): _____ पोस्ट कोड: _____

टेलीफोन: _____ लिंग: _____

ईमेल: _____

किस देश में जन्म हुआ: _____

आपको यहाँ किसने भेजा?

- डॉक्टरी केंद्र (मेडिकल प्रैक्टिस)
- फिज़ीओथेरेपी
- पुनर्वास सेवाएँ
- गिरने से बचाव प्रदान करने वाली सेवाएँ (फॉल्स प्रीवेंशन सर्विसेज़)
- स्वास्थ्य क्लिनिक
- स्वस्थ जीवनशैली कार्यक्रम (हेल्थी लाइफस्टाइल प्रोग्राम)

मैं सहमत हूँ कि स्ट्रेंथ फॉर लाइफ कार्यक्रम में मेरे नामांकन से संबंधित जानकारी का उपयोग, कार्यक्रम के प्रचार और उसके मूल्यांकन के लिए किया जा सकता है। एकत्र की गई जानकारी को गोपनीय रखा जाएगा।

हस्ताक्षर: _____

तिथि: _____