



دائمتھ علم پرم ترنگی و فضلت بہدشتی دہلی اسٹان مرکزی

مہارت اجتماعی

فرم شماره ۴ - فرم صور تجلسہ کانون سلامت محلہ

تاریخ:

شہرستان:

ساعت:

محلہ:

بسمہ تعالیٰ

مصوبات جلسہ:

نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان:

نام و نام خانوادگی و امضاء جانشین دبیر کانون

نام و نام خانوادگی و امضاء دبیر کانون