



കേരള ഹജ്ജ് ഗ്രൂപ്പ്

ഹിറാ സെന്റർ, മാവൂർ റോഡ്, കോഴിക്കോട്
പ്രാഥമിക അപേക്ഷ ഫോറം

പേര് ആൺ പെൺ

വയസ്സ്

ട്രെയിനിംഗ് നമ്പർ: മൊബൈൽ നമ്പർ:

ഇ.മൈൽ :

വീട്ടുപേര് :

സ്ഥലം :

പോസ്റ്റ് ഓഫീസ് :

ജില്ല : പിൻകോഡ് :

കൂടെ യാത്ര ചെയ്യുന്നവർ

	പേര്	വയസ്സ്	ആൺ/പെണ്ണ്	പാസ്പോർട്ട് നമ്പർ
1				
2				
3				
4				
5				

താഴെ പറയുന്ന ഏതെങ്കിലും രോഗം താങ്കൾക്കുണ്ടോ? (✓ ചെയ്യുക)
പ്രമേഹം വാതം രക്ത സമ്മർദ്ദം വൃക്ക രോഗം കാൽമുട്ട് വേദന മാനസിക രോഗം
താങ്കൾക്കോ കുടുംബത്തിലോ ശാരീരികമോ മാനസികമോ ആയ വല്ല വൈകല്യങ്ങളുമുണ്ടോ?

ഉണ്ടെങ്കിൽ വൈകല്യത്തെ കുറിച്ച് വിവരങ്ങൾ:

ആശുപത്രിയിൽ കഴിഞ്ഞ ഒരു കൊല്ലത്തിനിടയിൽ കിടത്തി ചികിത്സക്ക് വിധേയമായിട്ടുണ്ടോ?

താങ്കളോ കുടുംബത്തിലോ മുമ്പ് ഹജ്ജ് ചെയ്തിട്ടുണ്ടോ?

ഉണ്ടെങ്കിൽ ആളുടെ പേര്, ചെയ്ത വർഷം.

മുകളിൽ പറഞ്ഞ എല്ലാ വസ്തുതയും സത്യമാണ്

തിയ്യതി..... പേര്

ഒപ്പ് .