

ANNEXURE I

Patient's Consent Form

I Have understood the project work and I am willingly participating in this project.

Name:

Signature:

Contact No.:

હું આ પ્રોજેક્ટ સમજી ગયો/ગઇ છું અને હું મારી મરજી થી આ રીસર્ચ નો ભાગ બંવા ઇચ્છુ છું.

નામ :

સહી:

ફોન નં.: