

IDARA YA AFYA YA VERMONT  
BODI YA HUDUMA YA MATIBABU  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070  
(802) 657-4220

**FOMU YA MALALAMIKO**

**Tafadhali Andika**

Taarifa zako:

Jina la mwisho \_\_\_\_\_ Jina la kwanza \_\_\_\_\_

Anwani ya mtaa \_\_\_\_\_

Mji, Jimbo, Msimbo wa eneo \_\_\_\_\_

Simu ya Kazini/ya Mchana \_\_\_\_\_ Simu ya Nyumbani/ya Mkononi \_\_\_\_\_

Barua pepe \_\_\_\_\_

Haya ni malalamiko dhidi ya:

Daktari (MD) \_\_\_\_\_

Daktari Msaidizi (PA) \_\_\_\_\_

Mtaalamu wa Miguu (DPM) \_\_\_\_\_

Jina kamili la Daktari, Daktari Msaidizi au Mtaalamu wa Miguu:

\_\_\_\_\_

Jina la kituo cha huduma ya afya (ikiwa kinajulikana) \_\_\_\_\_

Anwani \_\_\_\_\_

Mji, Jimbo, Msimbo wa eneo \_\_\_\_\_

Simu ya Kazi ya Daktari, Daktari Msaidizi au Mtaalamu wa Miguu \_\_\_\_\_

**ASILI YA MALALAMIKO:** Tafadhali elezea, kwa kina, asili ya malalamiko yako dhidi ya mtaalamu huyu.  
Tumia nafasi kwenye upande wa nyuma na hati za ziada, ikiwa unahitaji.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tafadhali geuza na ujaze upande wa pili**

