



# થેલે કોન-૨૦૧૩

## વિશ્વ થેલેસેમીયા દિવસ



તારીખ:- ૮ મે, ૨૦૧૩, બુધવાર

સમય:- સવારે ૮:૦૦ કલાકથી

### સ્થળ

સરદાર પટેલ મેમોરીયલ સ્મારક ભવન,

સરકીટ હાઉસ,

શાહીબાગ, અમદાવાદ

### આયોજક

ઈન્ડિયન રેડક્રોસ સોસાયટી, ગુજરાત સ્ટેટ બ્રાંચ, અને  
ઈન્ડિયન રેડક્રોસ સોસાયટી, અમદાવાદ ડિસ્ટ્રીક્ટ બ્રાંચ, સંલગ્ન

થેલેસેમીયા જાગૃતિ ફાઉન્ડેશન

### સહયોગ

ગવર્નમેન્ટ ઓફ ગુજરાત



સત્યમેવ જયતે

### કોન્ફરન્સ પાર્ટનર

૧. ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ પિડયાટ્રીશીયન, સિવિલ હોસ્પિટલ,

૨. જી. સી. આર. આઈ.

૩. રીટરી ઈન્ટરનેશનલ કલબ

૪. થેલેસેમીક



ઈન્ડિયન રેડક્રોસ સોસાયટી,



ગુજરાત સ્ટેટ બ્રાંચ,

ખાદી ગ્રામઘોગની બોર્ડ પાસે, આશ્રમ રોડ, જુના વાડજ, અમદાવાદ- ૩૮૦૦૧૩

ફોન:- (૦૭૯) ૨૭૫૫ ૮૨૩૦ /૭૦૫૫ /૭૦૫૬ ફેક્સ:- (૦૭૯) ૨૭૫૫ ૧૭૯૦

ઈ-મેઈલ:- [ircsguj@hotmail.com](mailto:ircsguj@hotmail.com)

## આયોજક સમિતિ:-

ચેરપર્સન :-	ડૉ.મધુબેન નાયક
કો-ચેર પર્સન:-	ડૉ.કે.એમ.મહેરીયા
સેક્રેટરી:-	ડૉ.અનિલ ખત્રી, શ્રી પ્રકાશભાઈ પરમાર
ટ્રેઝરર:-	ડૉ.એન.પી.શર્મા, ડૉ.રૂપેશ પટેલ
મેમ્બર્સ:-	
ડૉ.અશ્વિન પટેલ	ડૉ.વિશ્વાસ અમીન
ડૉ.રિપલ શાહ	ડૉ.સંદિપ શાહ
ડૉ. ડી.બી.ધોળકીયા	ડૉ.સલીલ વાનિયાવાલા
ડૉ.મૌલિક બક્ષી	ડૉ.સાધના કીઠારી
ડૉ.નૈલેશ શાહ	ડૉ.બી.આઈ.પટેલ

## અગત્યની સુચના:-

- 1.બાર વર્ષથી નીચેના બાળકોને રજીસ્ટ્રેશન કરી શકાશે નહીં.બાળકોના માતા-પિતા ભાગ લઈ શકે છે.
- 2.બાળક સાથે એક વ્યક્તિને પ્રવેશ આપવામાં આવશે.
- 3.પહેલાથી રજીસ્ટ્રેશન કરવું ફરજિયાત છે.
- 4.આ સાથે સામેલ રજીસ્ટ્રેશન ફોર્મ તથા ભરવા માટે સ્કોલરશીપ મેળવવા ઈચ્છતા કોય તો તેઓ ફોર્મ ભરીને નીચેના સરનામે તા:-30/8/2013 સુધીમાં મોકલી આપવા.
- 5.રજીસ્ટ્રેશન કામગીરી પૂર્ણ થયા પછી રજીસ્ટ્રેશન કરવામાં આવશે નહીં.
- 6.રજીસ્ટ્રેશનની કોઈ ફી નથી.
- 7.લોહીની તપાસ ટોકન ચાર્જ દ્વારા સવારે ૮ થી ૯ વાગ્યા સુધી કરવામાં આવશે.તેની રીપોર્ટ સાંજે આપવામાં આવશે.
- 8.સવારનો નાસ્તો,બપોરનું ભોજન અને સાંજનું ભોજન આપવામાં આવશે.
- 9.સાંસ્કૃતિક કાર્યક્રમનું આયોજન પણ કરવામાં આવ્યું છે.
- 10.બહારના વ્યક્તિ માટે રહેવાની દુયવસ્થા ટોકન ચાર્જ દ્વારા કરી આપવામાં આવશે.



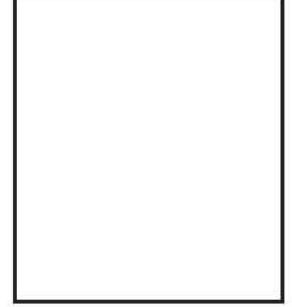
“THROUGH HUMANITY TO PEACE”

Indian Red Cross Society  
GUJARAT STATE BRANCH



ઘેલેકીન-૧૩ માટે રજીસ્ટ્રેશન ફોર્મ

ઘેલેસેમીયા મેજર બાળકીની વિગતો



નામ: \_\_\_\_\_

સરનામું: \_\_\_\_\_

ક્રેનનં: (પર નં) \_\_\_\_\_ (મોબાઈલ) \_\_\_\_\_

જન્મ તારીખ: \_\_\_\_\_

જાતિ (સ્ત્રી/ પુરુષ) : \_\_\_\_\_ ઉમર: \_\_\_\_\_ પેટા જ્ઞાતિ: \_\_\_\_\_

કેટલા વ્યક્તિ ભાગ લેશે? તેમના નામ (૧) \_\_\_\_\_

(૨) \_\_\_\_\_

રહેવાની સગવડ જોઈએ છે? (હા/ના)

રાક્ત દરે લોહી તપાસ કરાવા માંગો છો? (હા/ના)

ફોર્મ મોકલવાનું સરનામું:

ઈન્ડીયન રેડક્રોસ સોસાયટી,

ગુજરાત સ્ટેટ બ્રાંચ,

ખાદી ગ્રામઘોગની બોર્ડ પાસે,

આશ્રમ રોડ,

જુના વાડજ, અમદાવાદ - ૩૮૦૦૧૩

ફોનનં:- (૦૭૯) ૨૭૫૫ ૮૨૩૦ / ૭૦૫૫ / ૭૦૫૬

ફેક્સ:- (૦૭૯) ૨૭૫૫ ૧૭૯૦

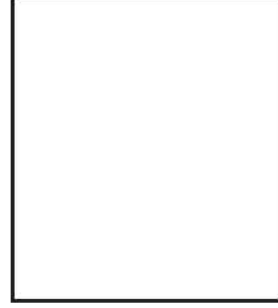
ઈ-મેઈલ:- [ircsguj@hotmail.com](mailto:ircsguj@hotmail.com)

નોંધ:- રજીસ્ટ્રેશન આપેલ WEBSITE પર ONLINE કરી શકાશે.

રોટરી ક્લબ અમદાવાદ મેટ્રો સ્કીલરશીપ સ્કીમ

સ્કીલરશીપ માટેની અરજી

( થેલેસેમીયા મેજરગ્રસ્ત બાળકો માટે )



નામ: \_\_\_\_\_

સરનામું: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

કોનનં: (ઘર નં) \_\_\_\_\_ મોબાઈલ \_\_\_\_\_

ઉંમર: \_\_\_\_\_ ધોરણ: \_\_\_\_\_

શાળાનું નામ: \_\_\_\_\_

શાળાનું સરનામું: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ઉલ્લા વર્ષની પરિણામ: \_\_\_\_\_ મેળવેલ ગુણ: \_\_\_\_\_ ટકા: \_\_\_\_\_

(શાળાનું આઈ-કાર્ડ અને ઉલ્લા પરિણામની ઝેરીક્ષ સાથે મોકલવી.)

વિદ્યાર્થી/ વાલીની સહી: - \_\_\_\_\_