

प्रमाणपत्र ख/CERTIFICATE B

**(उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती किया गया हो)
(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)**

भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद (मानव संसाधन विकास मंत्रालय), नई दिल्ली में नियुक्त श्रीमती/
श्री/सुश्री.....पत्नी/ बेटा/ बेटी या श्री/ श्रीमती
..... को प्रमाणपत्र प्रदान किया गया।

Certificate granted to Mrs/Mr/Miss.....
Wife/son/daughter or Mr/Mrs.....
Employed in the Indian Council of Social Science Research (Ministry of Human Resource
Development), New Delhi

भाग क/ PART A

मैं, डॉ.एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ:
I, Dr..... hereby certify-

क) कि रोगी को (चिकित्सा अधिकारी का नाम) की सलाह /मेरी सलाह पर
अस्पताल में भर्ती किया गया था।

a) That the patient was admitted at hospital on the advice of (name
of the Medical Officer)/on my advice.

ख) कि रोगी का इलाज में किया जा रहा है और इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित
नीचे उल्लिखित दवाएं रोगी के स्वास्थ्य में गंभीर गिरावट को रोकने/ठीक करने के लिए आवश्यक थी। ये दवाएं
..... (अस्पताल का नाम) में निजी रोगियों की आपूर्ति के लिए नहीं रखी गईं और
इसमें स्वामित्व-औषधि शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सीय मूल्य के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं और न
ही ऐसे पदार्थ जो मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक हैं।

b) That the patient has been under treatment at and that the
under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the
recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not
stocked in the (name of the hospital) for supply to private patients
and do not include proprietary preparations for which cheaper substance of equal therapeutic value
are available nor preparation which are primarily foods, toilets or disinfestations.

दवाइयों के नाम(बड़े अक्षरों में)/Name of the medicine (in block letters)

कीमत/Price

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

ग) कि दिए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी उद्देश्य के लिए थे/नहीं थे
c) that the injections administered were/were not for immunizing or prophylactic purpose

घ) कि रोगी से रोगग्रस्त है/था तथा से
..... तक उपचाराधीन है/था।

d) that the patient is/was suffering from.....and
is/was under treatment from.....to.....

इ) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि, जिसके लिए रुपये का व्यय किया गया,
आवश्यक थे और मेरी सलाह पर(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)
में किए गए थे।

e) that the X-ray, laboratory test etc., for which an expenditure of Rs.....was
incurred were necessary and were undertaken on my advice at.....(name
of the hospital or laboratory)

च) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. को बुलाया
और नियमों के तहत अपेक्षित..... (राज्य के
मुख्य प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम) का आवश्यक अनुमोदन प्राप्त किया।

f) that I called on Dr..... for specialist
consultation and the necessary approval of the
(name of the chief administrative Medical Officer of the state) as required under the rules,
was obtained.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर और पदनाम/
Signature and Designation of the Medical Officer/
अस्पताल में मामले के प्रभारी
In charge of the case at the hospital

भाग ख/PART B

में प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का इलाज अस्पताल में किया गया और विशेष नर्स की सेवा, जिसके लिए संलग्न बिल रसीदों के अनुसार रुपए का व्यय किया गया, रोगी के स्वास्थ्य में सुधार/गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए आवश्यक थी।

I certify that the patient has been under treatment at hospital and that the service of the special nurse for which an expenditure of Rs..... was incurred, vide bills receipts attached, were essential for the recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient.

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/
Signature of the Medical Officer/
अस्पताल में मामले के प्रभारी
In charge of the case at hospital

अस्पताल के चिकित्सा अधीक्षक के प्रतिहस्ताक्षर

COUNTER SIGNATURE OF THE MEDICAL SUPERINTENDENT OF THE HOSPITAL

*में प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का इलाज अस्पताल में किया गया है और उपलब्ध कराई गई सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगी के इलाज के लिए आवश्यक थीं।

*I certify that the patient has been under treatment at the..... hospital and that the facilities provided were the minimum which were essential for the patient's treatment.

चिकित्सा अधीक्षक/प्रभारी
Medical Superintendent/Incharge
.....अस्पताल/Hospital

स्थान/Place:

दिनांक/Date:

नोट:- लागू न होने वाले प्रमाण-पत्र को काट दिया जाए। प्रमाण-पत्र (घ) अनिवार्य है तथा सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा इसे अवश्य भरा जाए।

Note: - Certificates not applicable should be struck off. Certificate (d) is compulsory and must be filled in by the medical Officer in all cases.