

भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद

नई दिल्ली

छुट्टी या छुट्टी के विस्तार या परिवर्तित छुट्टी के लिए चिकित्सा प्रमाण पत्र

रोगी के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान _____

(सरकारी चिकित्सा परिचारक, या चिकित्सा व्यवसायी की उपस्थिति में आवेदक द्वारा भरा जाना है।)

मैं, डॉ. _____ मामले की सावधानीपूर्वक जांच के बाद एतद्वारा प्रमाणित करता/ करती हूँ कि श्री/श्रीमती _____ (मरीज का नाम) जिनके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं वे _____ (बीमारी का नाम) से पीड़ित हैं और मैं मानता हूँ कि दिनांक _____ से स्वास्थ्य की बहाली के लिए नितांत आवश्यक है।

स्थान:

तारीख:

चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर
पंजीकरण संख्या एवं मोहर _____

भारतीय सामाजिक विज्ञान अनुसंधान परिषद

नई दिल्ली

फिटनेस सर्टिफिकेट

रोगी के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान _____

(सरकारी चिकित्सा परिचारक, या चिकित्सा व्यवसायी की उपस्थिति में आवेदक द्वारा भरा जाना है।)

मैं, डॉ. _____ मामले की सावधानीपूर्वक जांच के बाद प्रमाणित करता हूँ कि _____ स्वास्थ्य की बहाली पर अब सेवा में कार्यभार ग्रहण करने के लिए योग्य है।

स्थान:

तारीख:

चिकित्सा परिचारक के हस्ताक्षर
पंजीकरण संख्या एवं मोहर _____