

राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण  
NATIONAL WATER DEVELOPMENT AGENCY

चिकित्सा प्रमाण-पत्र  
MEDICAL CERTIFICATE

राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण, ..... में कार्यरत श्री/श्रीमती/कुमारी .....की पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता,श्री/श्रीमती/कुमारी .....को प्रमाण-पत्र दिया जाता है। (ऐसे रोगी जिन्हें बीमारी के दौरान चिकित्सा के लिए अस्पताल में भर्ती नहीं करवाया गया हो, के लिये भरा जाय)।

Certificate granted to Mr./Mrs./Miss..... wife/son/daughter/mother/father of Mr./Mrs/Miss..... employed in the National Water Development Agency, .....  
(To be completed in the case of patients who are not admitted to the Hospital for treatment)

प्रमाण-पत्र- क  
Certificate-A

मैं, डा०..... एतद् द्वारा यह प्रमाणित करता हूँ :-  
I, Dr. .... hereby certify:-

- क. कि मैंने अपनी क्लीनिक/रोगी के घर पर ..... बार दिनांक..... को परामर्श देने के लिए ..... रुपये चार्ज कर प्राप्त किये ।  
a. That I charged and received Rs.....for.....consultations on.....at consultation room/at the residence of the patient.
- ख. कि मैंने अपने क्लीनिक/रोगी के घर पर ..... बार दिनांक .....को इंद्रावनस (अंतः शिरा)/इंटर मशकुलर सब क्यूटानियस इंजेक्शन देने के लिये ..... रुपये चार्ज कर प्राप्त किए (दिनांक दिया जाए) ।  
b. That I charged and received Rs.....for administering.....intravenous/inter-muscular sub-cutaneous injections on .....at my consulting room/the residence of the patient (date to be given)
- ग. कि दिया गया इंजेक्शन प्रतिरक्षक या रोगनिरोधक नहीं था।  
c. That the injections administered were /were not for immunising or prophylactic/lactic purposes.
- घ. कि रोगी ने ..... अस्पताल/डिस्पेंसरी में डिस्पेंसरी समय के बाद, मेरे परामर्श कक्ष में डिस्पेंसरी समय के बाद, मेरे चिकित्सीय परामर्शानुसार इलाज करवाया तथा इस संबंध में मेरे परामर्शानुसार नीचे सुझाई गई दवाएं रोग की इस गंभीर अवस्था में रोगी को स्वास्थ्य लाभ/बीमारी से छुटकारा पाने के लिए बहुत आवश्यक थीं निजी रोगियों को आपूर्ति के लिए दवाएं ..... (अस्पताल का नाम) में भंडारित नहीं की गई है तथा प्राथमिक तैयारी जिसके लिए सामान्य आरोग्यकर सस्ते उपकरण उपलब्ध हैं और ना ही तैयारियां जैसे प्राथमिक भोजन, शौचालय या रोगाणुनाशी हैं, को शामिल नहीं किया जाता है।  
d. That the patient has been under treatment..... at hospital/dispensary outside dispensary hours my consulting room outside dispensary hours that the under mentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for 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 do not included proprietary preparations for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor preparation which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्र.सं. S.No	दवा का नाम Name of Medicine	मूल्य (रूपये) Prices (Rs.)
-----------------	--------------------------------	-------------------------------

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

- ड. कि रोगी ..... नामक रोग से ग्रस्त है/था तथा दिनांक ..... से ..... तक मेरे चिकित्सकीय परामर्श में रहा ।  
(e) That the patient is/was suffering from..... and is/was under my treatment from.....to.....
- च. कि रोगी को प्रसूति पूर्व/प्रसूति पश्चात् चिकित्सकीय परामर्श नहीं दिया जा रहा है/दिया गया ।  
(f) That the patient is/was not given prenatal or post-natal treatment.
- छ. कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि के लिए जो ..... रूपये व्यय किए गये वो आवश्यक थे तथा मेरे परामर्श के अनुसार ..... (अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में लिये गये ।  
(g) That the X-ray, Laboratory tests etc. for which an expenditure of Rs..... was incurred were necessary and were under taken on my advice at..... (Name of the Hospital or Laboratory)
- ज. कि मैंने रोगी को विशेषज्ञ डाक्टर ..... के पास विशेषज्ञ परामर्श (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्साधिकारी का नाम) के लिए भेजा ।  
(h) That I referred the patient to Dr..... for specialist consultation (Name of Chief Administrative Medical Officer of the State)
- झ. कि रोगी को अस्पताल में भर्ती करने की आवश्यकता नहीं है/थी ।  
(i) That the patient did not require/required hospitalisation.

दिनांक  
Date

संबद्ध अस्पताल/डिस्पेंसरी के  
चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर एवं पदनाम  
Signature & Designation  
of the Medical Officer of  
The Hospital/Dispensary  
to which attached.

पुनश्च : प्रमाण पत्र जो लागू न हो उसे काट दिया जाए ।  
N.B. : Certificates not applicable should  
be struck off.

प्रमाण पत्र (क) अनिवार्य है तथा सभी मामलों में चिकित्साधिकारी द्वारा भरा जाए ।  
Certificate (A) is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.