

राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण  
NATIONAL WATER DEVELOPMENT AGENCY

प्रमाण-पत्र-ख  
CERTIFICATE-B

( उपचार के लिए अस्पताल में भर्ती होने वाले रोगी के लिए भरा जाए )  
(To be completed in the case of patients who are admitted to the Hospital for treatment)

राष्ट्रीय जल विकास अभिकरण, .....में कार्यरत श्री/श्रीमती/कुमारी .....की  
पत्नी/पुत्र/पुत्री/माता/पिता, श्री/श्रीमती/कुमारी .....को प्रमाण-पत्र दिया जाता है।  
Certificate granted to Mr./Mrs./Miss.....  
wife/son/daughter/mother/father of Mr./Mrs/Miss.....  
employed in the National Water Development Agency, .....

भाग-क  
PART-A

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

- क. कि रोगी को डा.....(चिकित्सा अधिकारी का नाम)/मेरे परामर्शानुसार अस्पताल में भर्ती किया गया।  
a. That the patient was admitted to hospital on the advice of ..... (name of the medical officer)/ on my advice.
- ख. कि रोगी ..... में मेरे चिकित्सकीय परामर्श के अधीन रहा तथा इस संबंध में मेरे द्वारा नीचे सुझाई गई दवाएं रोग की इस गंभीर अवस्था में रोगी को स्वास्थ्य लाभ/बीमारी से छुटकारा पाने के लिए अति 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 न ही तैयारियां जैसे प्राथमिक भोजन, शौचालय या रोगाणुनाशी हैं, को शामिल नहीं किया जाता है।  
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 substances of equal therapeutic values are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्र.सं. Sl. No.	दवा का नाम Name of Medicines	मूल्य (रुपये) Prices (Rs.)
--------------------	---------------------------------	-------------------------------

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

- ग. कि दिया गया इंजेक्शन प्रतिरक्षक या रोग निरोधक नहीं था।  
c. That the injections administered were/were not for immunizing of prophylactic purposes.

- घ. कि रोगी ..... नामक रोग से ग्रस्त है/था तथा दिनांक ..... से ..... तक मेरे चिकित्सकीय परामर्श न है/रहा ।
- d. That the patient is/was suffering from ..... and is/was under treatment from ..... to .....
- ड कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि के लिए जौ ..... रूपये व्यय किए गये वो आवश्यक थे तथा मेरे परामर्श के अनुसार ..... (अस्पताल अथवा प्रयोगशाला का नाम) में लिये गये ।
- e. 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 hospital or laboratory).
- च. कि मैंने डा० ..... को विशेषज्ञ परामर्श के लिए बुलाया तथा इसके लिए आवश्यक स्वीकृति ..... (राज्य के मुख्य प्रशासनिक चिकित्साधिकारी का नाम) से नियमानुसार जो चाहिये, ले ली गयी थी ।
- f. That I called on Dr. .... For specialist consultation and that the necessary approval of the ..... (Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State) as required under the rules, was obtained.

अस्पताल के संबद्ध प्रभारी चिकित्साधिकारी का  
हस्ताक्षर एवं पदनाम  
Signature and Designation of the  
Medical Officer in charge of the  
Case at the hospital

भाग—ख  
PART-'B'

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि रोगी ने ..... अस्पताल में मेरे चिकित्सकीय परामर्श में विशेष देखरेख में रहा । जिसके लिए व्यय तथा संबंधित सेवा की बिल व प्राप्त रसीद जो कि संलग्न है रोगी के इस अवस्था में स्वास्थ्य लाभ/बीमारी से छुटकारा पाने के लिये आवश्यक था ।

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

अस्पताल के संबद्ध प्रभारी चिकित्साधिकारी  
के हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer in charge  
of the Case at the hospital.

प्रतिहस्ताक्षरित  
COUNTER SIGNED  
चिकित्सा अधीक्षक  
Medical Superintendent

..... अस्पताल  
..... Hospital

मैं यह प्रमाणित करता हूँ कि ..... अस्पताल में मेरी चिकित्सीय परामर्श में रहा तथा रोगी के उपचार के लिए जो सुविधाएं उपलब्ध करायी गयी थीं वो न्यूनतम थीं तथा रोगी के उपचार के लिये 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  
Medical Superintendent

स्थान ..... अस्पताल  
Place ..... hospital

टिप्पणी — प्रमाण-पत्र जो लागू न हों उसे काट दिया जाए ।

प्रमाण पत्र (घ) आवश्यक है तथा चिकित्साधिकारी द्वारा सभी अवस्थाओं में पूर्ण रूप से 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.