| में नियुक्त श्रीमती/श्री/कुमारी | | | | | | |
|--|--|----------------|--|--|--|--|
| पत्नी/पुत्र/पुत्री श्री | | | | | | |
| Certificate granted to Mrs./Mr./Miss | | | | | | |
| wife/son/daughter of Mr. | emplo | yed | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| प्रामण-पत्र "क" है हैए कि एन्सीका स्थापक इसक | | | | | | |
| CERTIFICATE "A" | | | | | | |
| (उन रोगियों के मामले में भरा जाए जिन्हें इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती न किया गया हो) | | | | | | |
| (To be completed in the case of partients who are not admitted to hospital for tre | | | | | | |
| में डॉ॰इनके द्वारा | पमाणित करता | ਛੱ:- | | | | |
| 1. D1 | nereby cert | ITY:- | | | | |
| (क) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष में रोगी के निवास स्थान पर (तारीख दी जाए) | SHEW Come | | | | | |
| कोरामर्श के लिएरुपये प्रभारित किए और प्राप्त वि | | | | | | |
| (a) that I charged and receive Rs fo | r consultat | ions | | | | |
| on at my consulting room/at the residence of the patient. | | | | | | |
| (Date to be given) | | | | | | |
| (ख) । कि मैंने अपने परामेश कक्ष में/रागों के निवास स्थान पर (तारीखें दी जाए) | | | | | | |
| को अन्त पेशी अध्यतवक् देने के लिए रूपये प्रभारित किए उ | को अन्त पेशी अध्स्तवक् देने के लिए रूपये प्रभारित किए और प्राप्त किए | | | | | |
| (b) administeringintra/muscular/sub-cutaneous injectgions on | | | | | | |
| at my consiting room/at the residence of the | | | | | | |
| (Date to be given) | | | | | | |
| (ग) कि दिए गये इंजेक्शन रोगक्षमता या रोग निरोग के लिए थे / नहीं थे Ingeod berupe (वा per lon bu | meilleg at | | | | | |
| (c) that the injections administered were/were not for immunising or prophylactic purpose | ses. | | | | | |
| (घ) कि रोगी का इलाज | में हूआ है औ | र इस | | | | |
| संबंध में मेरे द्वारा तुस्खे में दी गई निम्नलिखित औषधें रोगी की हालत को ठीक करने /गंभीर रूप से खराब होने | से रोकने कि | लिए | | | | |
| अनिवार्य थी । ये औषधेंअस्पताल में प्राइवेट रोगीयों को देने | - V - | | | | | |
| (अस्पताल का नाम) | | | | | | |
| के लिए स्टाक नहीं की जाती और उनमें थे पेटेंट (एकायत) योग शामिल नहीं हैं जिनके लिए समान चिकित्सा | मान के सस्ते | द्रव्य | | | | |
| उपलब्ध हैं न हो वो योग जो मूलत खाध, श्रृंगार सामग्री अथवा निसंक्रामक हैं। | | | | | | |
| (d) that the patient has been under treatment at | | | | | | |
| my consulting room and the undermentioned medicines prescribed by me in this co | | | | | | |
| essential for the recovery/preventions of serious deterioration in the condition of the | | | | | | |
| medicines are not stocked in the (name of the hospital) | | ****** | | | | |
| | | rthe | | | | |
| supply to private patients and do not include proprietary prearations for which cheaper | | | | | | |
| equal therapeutic value are available not preparations which are primarily foods, toilets of | r disinfecta | ants. | | | | |
| वम सं॰ कीमत वम सं॰ औषधि का नाम नाम का किमत वम सं॰ औषधि का नाम | | | | | | |
| SI, No. SI No. Name of Medicines | , इं | ф _о | | | | |
| Rs. P. St. No. Hante of Medicines | Rs. | P. | | | | |
| 1. 6. | | | | | | |
| 2 companies to the property of | TER PURCHE (| in the | | | | |
| | Dr. esch | 100 | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 10. | | | | | | |

| (इ) कि रोगी | से पीड़ित है या और | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|--|-----------------|
| तक मेरे इलाज में है | /था। । हार स्थान प्रकार | pel fa | | St. Carbon | No. |
| (e) that the patient is | s/was suffering from | | | gafgili ali | MIS() |
| is/was under my | treatment from | | to |) White and the second | |
| (Date to be | e given) | | | The second test for the second | 251199 |
| | | | | | etto |
| (च)कि रोगी की जन्म प् | र्व अथवा जन्मोत्तर चिकित्स | ग की गई है। | थी। हर-एमह | | |
| | is/was not given pre | | | | |
| | | | | | |
| (छ)कि जिन् एक्स रे, अयं | ागञ्जाला जाँच आदि के लिए | e tanzeare j Silioniae ini | reup to wind some bills | रुपये खर्च किए थे वे आवश्यक थे और | |
| वै मेरी सलाह से | | भें वि | केए गए थे। | | |
| | | | | | OF P |
| was incurred we | ere necesary and were | undertake | n on my advice at | | 10 |
| | | | (WHE DEVINE) IF HADA | no of the hospital or laboratory) | |
| 1 | प्रकारित १७६५ वर्ग मुस्स १५६५ | OBJECT. | - | | |
| (ज) कि मैंन रोगी व | को विशेष परामर्श के लिये डॉर | 0 | | प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)। | (6) |
| था और | ice of the panept. | he resider | का (राज्य के मुख्य | प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)। | ĮĮ. |
| नियमों के अनुसार | यधापोक्षित आवश्यक अनुमं | ोदन प्राप्त क | | (Date to be given) | |
| (g) that I referrred | that patient to Dr | | NE ROUR) WHEE | for specialist | (IB) |
| consultation ar | d that the necessary a | pproval of t | he | pd & 65 muses fill ou fi | |
| as required un | der the rules was obt | ained. (na | me of the Chief Adm | inistrative Medical Officer) | (6) |
| | the residence of the | | | | |
| | अस्पताल में रखना आवश्य | | | (Date to be given) | |
| (h) that the patien | t did not require/requ | ired hospi | talistion. | हीं एवं क्ष अनुसार्व स्वाक्ष्य का प्रति हैं | (JP) |
| | | | | hat the injections administered v | |
| | | | | जार के किया है। | |
| AND ON HAND | | | | लिंद में भी जान तुम्हों में दी गई जिन्नतिहिंद | |
| | - RESERVED SPAINTS | MINISTER | | अभिवासी थी । वे अभिवर्ध | |
| | | | | (Alternation (Alternation) | |
| HAIR DAYS OF HE | HINGSTAL HARM THE GOLD | | | े जिए स्टाक नहीं की जाती और उसी थे | |
| In the second | | | | उमान्य हैं न ही दी पोण जो पुत्तन खाय, ध | |
| | | | | that the patient has been under treat | |
| | | | | my consulting room and the unde | |
| तारिखं | ear to nottbace ent.a | notision | tions of serious dete | essantial for the recovery/prever medicines are not stocked in the (r | |
| | | | (latigeori en) To emia | medicines are not stocked in the (r | |
| eril tot | | | THE PARTY OF THE P | | |
| nostances of | a regiserio ribirily roral | nousissag | जिक्तिया अधिकारी हो । | इस्ताक्षर और पदनाम तथा उस आस्पताल / | |
| DISTRIBUTION. | maility roods, tollars or | rig sas rigin | िपायमस्य जायपमस्य क | विकित्सालय का नाम जिससे वह संबद्ध है। | |
| | HIE IN STREET | 45.448 | 77PH62 | | the contract of |
| aD 03 | Name of Medicines | | | nation of the Medical Officer and al/Dispensary to which attached. | |
| Rs. P. | ESTIGICATION TO CATION | (B), 140. | S .aa . | in Disperisary to which attached. | 1985 |
| | | 38) | | | |
| विशेष ध्यान दे जो प्रमाण पत्र | लागु न हो वे काट दिए जाने चाहिए | । क अनिर्वाय है | और चिकित्सा अधिकारी द्वारा उसे | सभी मामलों में भरा जाना चाहिए। | |
| N.B Certificates not | applicable should be struck of | off. Certificate | (a) compulsory and must be | filled in by the Medical Officer in all cases. | |
| | | .8T | | | |
| | | .8: | | | |
| | | | | | |
| | | 01 | | | |