

# केन्द्रीय कटाई उपरान्त इंजीनियरी एवं प्रौद्योगिकी संस्थान

लुधियाना/अबोहर

## Central Institute of Post Harvest Engineering & Technology

LUDHIANA/ABOHAR.

के० क० उ० ई० प्रो० सं०, लुधियाना/अबोहर में नियुक्त श्री/श्रीमती/कु.....  
की/के माता/पिता/ पति/पत्नी/पुत्र/पुत्री/श्रीमती/श्री/कुमारी .....  
को प्रदत्त प्रमाण-पत्र ।

Certificate granted to Mr. /Mrs./Miss..... Mother/Father/  
Wife/Son/Daughter of Mr. .... employed in the  
CIPHET, Ludhiana.

### प्रमाण पत्र 'क'

#### CERTIFICATE 'A'

(उपचार हेतु अस्पताल में भर्ती न किए गए रोगियों के लिए भरा जाय ।

(to be completed in the case of patients who are not admitted to hospital for treatment)

मैं डा..... एतद् द्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ :

I, Dr. .... hereby certify :

(क) मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक ..... को परामर्श देने के लिए  
..... रूपया लिया ।

That I charged and received Rs. .... for consultation on .....  
at my consulting room/at the residence of the patient.

(Dates to be given)

(ख) कि मैंने अपने परामर्श कक्ष/रोगी के निवास पर दिनांक ..... को अन्तरलासली/उपदर्शी  
सुई/सुईयां लगाने के लिए ..... रूपए लिए ।

That I charged and received Rs. .... for administering  
..... intramuscular/sub-cutaneous injection on  
..... at my consulting room/at the residence of the patient. (Dates to be given)

(ग) कि उसे सुईया लगाई गई वह रोग के आक्रमण से मुक्ति दिलाने अथवा रोग को हटाने के उद्देश्य से  
लगाई गई थी/नहीं लगाई गई थी ।

That the injection administered were/were not immunsing of propholactic purposes :

(घ) कि मैंने रोगी का ..... अस्पताल/अपने परामर्श कक्ष में उपचार किया है  
और मेरे द्वारा निर्देशित निम्नलिखित औषधियां रोगों के स्वस्थ होने उसको दशा और अधिक बिगड़ने  
से रोकने के लिए अनिवार्य थी ..... में निजी रोगियों को बांटने के लिए

(अस्पताल का नाम)

औषधियों में ऐसी औषधियां नहीं है जिनके बनाने तथा बेचने के अधिकार सुरक्षित है और/या जिनके  
लिए सामान रोगहरी महत्व के सस्ते पदार्थ उपलब्ध हैं इनमें से कोई औषधि ऐसी भी नहीं है जो मूलतः  
आहार प्रसाधन अथवा मलीनता हटाने वाला द्रव्य हो ।

That the patient has been under treatment at ..... hospital/my  
consulting room that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential  
for the recovery preventions of serious deterioration in the condition. The medicines are not stocked in the  
(Name of the hospital) ..... for the supply to private patient  
and do not include proprietary preparations for which cheaper substances of equal therepeutic value are  
available not preparations which are primarily foods, toilets or disinfectants.

क्रम सं. Sl. No.	औषधियों का नाम NAME OF MEDICINES (In block letters)	मुख्य PRICE रु. पैसे Rs. P.	क्रम सं. Sl. No.	औषधियों के नाम NAME OF MEDICINES (In block letters)	मूल्य PRICE रु. पैसे Rs. P.
---------------------	---	--------------------------------------	---------------------	---	--------------------------------------

Total

योग :

(च) कि रोगी ..... से पीड़ित है / था और दिनांक .....  
से ..... तक मेरे उपचारधीन है/ था  
That the is/was suffering from ..... and is /was under my  
treatment from ..... to .....

(छ) कि रोगी का उत्पत्तिपूर्व अथवा उत्पत्ति पश्चात से सम्बन्धित उपचार किया जा रहा है/किया गया  
था/ नहीं किया जा रहा है/ नहीं किया गया था ।

That the patient is/was not given pre-natal or post-natal treatment.

(ज) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण आदि जिनके लिए ..... रूपए खर्च हुआ करवाने  
आवश्यक थे और वे मेरी सलाह पर ..... में करवाए गए ।

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)

(झ) कि मैंने रोगी को डा ..... के पास विशेषज्ञ परामर्श के लिए भेजा था  
और चूकि इसके लिए ..... का नियमानुसार अपेक्षित अनुमोदन प्राप्त  
(मूल्य अशासनिक चिकित्सा अधिकारी का नाम)

कर लिया गया था ।

That I referred the patient to Dr..... for specialists consultation  
and that the necessary approval of the .....  
as required (name of the Chief Administrative Medical Officer) under the rules was obtained.

(ट) रोगी की अस्पताल में भर्ती कराना आवश्यक नहीं था/आवश्यक था ।

दिनांक

Date

चिकित्सा अधिकारी का हस्ताक्षर और  
पदनाम तथा उस अस्पताल/दवाखाना  
का नाम जहां वह कार्यरत हो ।

Signature & Designation of the  
Medical Officer & the Hospital/  
Dispensary to which attached.

ध्यान दीजिए : प्रमाण पत्र लागू न होता हो उसे काट दिया जाए । प्रमाण पत्र अनिवार्य है और सभी  
मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा अवश्य भरा जाय ।

N.B. : Certificates not applicable should be struck off. Certificate(s) is compulsory and must be filled in by  
Medical Officer in all cases.