

Certificate granted to of \_\_\_\_\_ employed in CENTRAL  
INSTITUTE OF FISHERIES EDUCATION, MUMBAI

[illegible]

- c] यह कि दिया गया इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी उद्देश्य से दिया गया / नहीं दिया  
that the injections administered were for immunising or prophylactic purposes.  
were not
- d] कि मरीज -----रोग से पीड़ित था और ----- से -----  
तक उपचारधीन था  
that the patient is/was suffering from-----  
and is/ was under treatment from / /20 to / /20.  
एक्सरे प्रयोगशाला, परीक्षण आदि जिनपर रू.----- का व्यय हुआ, यह आवश्यक था तथा मेरी  
e] सलाह पर ----- (अस्पताल / लैब का नाम) किया गया था ।  
that the x-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs.----- was  
incurred were necessary and were undertaken on my advice at -----  
(Name of Hospital or Laboratory)
- f] कि मैंने विशेष परामर्श के लिए डॉक्टर ----- को बुलाया था और नियम के तहत आवश्यक -----  
----- (मुख्य प्रशासनिक / चिकित्सा पदाधिकारी) की स्वीकृति प्राप्त कर ली थी ।  
that I called on Dr.----- for special consultation and that the  
necessary approval of the -----  
(Name of the Chief Administrative Medical Officer of the State)  
required under the rules was obtained.

चिकित्सा अधिकारी का पदनाम सहित हस्ताक्षर  
Signature and Designation of the Medical Officer  
– in – Charge of the case at the Hospital

## भाग -बी / PART – B

मैं प्रमाणित करता हूँ कि रोगी का उपचार ----- अस्पताल में किया गया है और विशेष नर्सों की सेवाएं, जिन पर  
रूपये का व्यय हुआ है, संलग्न बिलों और रसीदों के अनुसार रोगी की स्थिति में सुधार / गंभीर गिरावट की रोकथाम के लिए आवश्यक थी ।

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

अस्पताल के चिकित्सा प्रभारी का हस्ताक्षर  
Signature of the Medical Officer-in-charge of the  
case at the Hospital

प्रतिहस्ताक्षरित / COUNTERSIGNED  
चिकित्सा अधीक्षक / Medical Superintendent

----- अस्पताल / Hospital

\* मैं प्रमाणित करता हूँ कि मरीज का उपचार ----- अस्पताल में किया गया और उसे उपलब्ध कराई गई  
सुविधाएं न्यूनतम थी जो मरीज के उपचार के लिए आवश्यक थी ।

\* 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 / Place -----

----- अस्पताल / Hospital ।

नोट: जो प्रमाण-पत्र लागू न हो उसे काट दिया जाना चाहिए। प्रमाण-पत्र 'डी' अनिवार्य है और सभी मामलों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा इसे भरा  
जाना चाहिए।

NB: Certificate not applicable should be struck off.

Certificate 'D' is compulsory and must be filled in by the Medical Officer in all cases.