



નગર પ્રાથમિક શિક્ષણ સમિતિ, અમદાવાદ સર્ટિફિકેટ



અરજદાર શ્રી મો.નં. જેઓ
..... ખાતામાં તરીકે ફરજ બજાવે છે. તેઓએ પોતે અથવા તેમના આશ્રિત
..... જેઓ તેમના થાય છે. તેમણે હોસ્પિટલમાં તા.
..... થી તા. સુધી સારવાર લીધેલ છે. તેમની સારવાર દરમ્યાન હોસ્પિટલ તરફથી લખી
આપેલ દવા, ઈન્જેક્શન, ટેબ્લેટસ બહારથી તેમના ખર્ચે લાવવામાં આવેલા જેના બિલ આ સાથે સામેલ છે તે અંગે નીચેનું
પ્રમાણપત્ર આપવામાં આવે છે કે :-

- (૧) દર્દીએ રજૂ કરેલ બીલ નં. થી આ હોસ્પિટલ તરફથી લખી આપેલ પ્રિસ્ક્રીપ્શન મુજબની દવા અંગેના છે.
- (૨) દર્દીએ લાવેલ દવાઓ ઈન્જેક્શનો વગેરે માન્ય મ્યુનિ. હોસ્પિટલનાં મેડિકલ ઓફિસરનાં પ્રિસ્ક્રીપ્શન ને આધારે લાવેલા છે.
- (૩) પ્રિસ્ક્રાઈબ કરવામાં આવેલી દવા, ઈન્જેક્શનો, ટેબ્લેટ વગેરે નો શિડયુઅલ ૧ તથ ૨ માં સમાવેશ થતો નથી.
- (૪) પ્રિસ્ક્રાઈબ કરેલ દવા, ઈન્જેક્શનો, ટેબ્લેટ વગેરે શિડયુઅલ ૧ તથા ૨ માં નિર્દીષ્ટ છે પરંતુ તે અત્રેની હોસ્પિટલમાં અપ્રાપ્ય છે.
- (૫) પ્રિસ્ક્રાઈબ કરેલી દવાઓ વગેરે શિડયુઅલમાં નથી પરંતુ કન્સલ્ટન્ટના અભિપ્રાય દર્દીના દર્દ નિવારણ જીંદગી બચાવવા અનિવાર્ય છે.

તા.

સુપ્રિટેન્ડેન્ટ

નોંધ :- આઈટમ નં. ૩, ૪ તથા ૫ પૈકી જે જરૂરી હોય તે રાખી બાકીની આઈટમ કેન્સલ કરવી.