

ഫോറം നമ്പർ 10

സി ആർ നമ്പർ _____

മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

ശ്രീ/ ശ്രീമതി/ കുമാരി _____ എന്നവരെ

_____ തീയതി _____

_____ സ്ഥലത്തു

വച്ച് പരിശോധിച്ചു. അപേക്ഷ കക്ഷി കാൻസർ/ ക്ഷയ രോഗബാധിതനാണ്. അപേക്ഷ കക്ഷിക്ക് _____ വർഷത്തെ ചികിത്സയെങ്കിലും ആവശ്യമാണ്.

അപേക്ഷ കക്ഷി ഇപ്പോൾ സംസ്ഥാനത്തിലെ ഏതെങ്കിലും കാൻസർ/ടി ബി വാർഡിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടില്ല.

(അത്തരം ഏതെങ്കിലും സ്ഥാപനത്തിൽ പ്രവേശിപ്പിക്കപ്പെട്ടിട്ടുണ്ടെങ്കിൽ ആ വിവരം വിശദമായി നൽകുക)

സ്ഥലം -

തീയതി -

മെഡിക്കൽ ഓഫീസർ