



# TEA BOARD

Certificate granted to Mrs. / Mr. / Miss .....  
Father / Mother / Wife / Son / Daughter of Mr./Mrs. ....  
employed in the Tea Board .....

## CERTIFICATE - A

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

I, Dr. .... hereby certify

(a) that I charged and received Rs. .... for .....  
consultation (s) on .....

(Date (s) to be given)

at my consulting room

at the residence of the patient

(b). that I charged and received Rs. .... for administering .....

Intra-venous

Intra-muscular / Injections on .....

Sub-cutaneous

at my consulting room

(Detail (s) to be given)

at the residence of the patient

(c) that the injection administered  $\frac{\text{Were}}{\text{Were Not}}$  for immunising or prophylactic purposes.

(d) that the patient has been under treatment at .....  
hospital

My consulting room and that the undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential for the recovery /prevention of serious deterioration in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the

(Name of the hospital)

for supply to private patients and do not include proprietary Preparations for which cheaper substances of equal thereapeucic value are available nor preparations which are primarily foods, toilets or disinfectents.

Name of the Medicines

Price

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.



# टी बोर्ड

श्रीमती / श्रीमान / सुश्री ..... को प्रमाणपत्र प्रदान किया गया।

श्रीमान / श्रीमती के पिता / माता / पत्नी / पुत्र / पुत्री .....

..... टी बोर्ड में नियुक्त है।

## प्रमाणपत्र - अ

(चिकित्सा हेतु अस्पताल में जिन रोगियों को नहीं भर्ती किया गया, उनके द्वारा भरा जाए)

मैं डॉ ..... एतद्वारा यह प्रमाणित करता हूँ कि

(क) मैंने ..... परामर्श (ों) हेतु ..... को

मेरे परामर्श कक्ष .....

रोगी के निवास स्थान पर

..... रू वसूल व प्राप्त किया।

(ख) मैंने ..... को इंट्रा-वीनस

इंट्रा-मसक्यूलर / इंजेक्शन

सब-क्यूटेनस

मेरे परामर्श कक्ष

रोगी के निवास स्थान पर

(ब्यौरा दें)

देने हेतु ..... रू वसूल व प्राप्त किया।

(ग) कि यह इंजेक्शन प्रतिक्षा या रोग-निरोधी कारणों के लिए

दिये गए

नहीं दिये गए

(घ) कि रोगी ..... अस्पताल में

मेरे परामर्श कक्ष में

उपचाराधीन एवं इससे संबंधित निम्नलिखित दवाएँ मेरे द्वारा निर्धारित किए गए जो कि रोगी की स्थिति में स्वास्थ्य लाभ / गंभीर

स्वास्थ्य में खराबी निवारण हेतु अनिवार्य था / ये दवाईयाँ

..... में स्टॉक नहीं किए गए हैं

(अस्पताल का नाम)

ताकि निजी हेतु आपूर्ति किया जा सके एवं यह स्वामीय तैयारी समेत नहीं है जिसके लिए समान रोगोपचारक मूल्य की सस्ती पदार्थ प्राप्त है,

न ही प्राथमिक भोजन, शौचालय अथवा रोगाणुनाशक पदार्थ शामिल है।

औषधियों का नाम

मूल्य

1.

2.

3.

(2)

(e) that the patient is / was suffering from ..... and  
(in Block Letter)

is / was under my treatment from ..... to .....

(f) that the patient is / was not given pre-natal or post - natal treatment.

(g) that the X-Ray, Laboratory Tests, etc. for which an expenditure of Rs. .... was  
incurred, was necessary and were undertaken on my advice at .....  
..... (Name of Hospital or Laboratory)

(h) that I referred the patient to Dr. .... for  
specialist consultation and that the necessary approval of the .....

\_\_\_\_\_  
(Name of the Chief Administration Medical Officer of the State)

as required under the rules was obtained.

(i) that the patient did not require / required hospitalisation.

Signature and designation of the  
medical Officer and the hospital  
dispensary to which attached.

Dated .....

Regd. No.

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

- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

(ड) कि रोगी ..... से

(मोटे अक्षरों में)

पीड़ित है / था और ..... से ..... तक

मेरे चिकित्साधीन था।

(च) कि रोगी को प्रसवपूर्व अथवा प्रसवोत्तर उपचार दिया गया / नहीं दिया गया।

(छ) मेरी सलाह पर .....

(अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम)

में एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षक इत्यादि हेतु .....

रू खर्च हुए जो कि आवश्यक था।

(ज) कि मैंने रोगी को डॉ ..... से

विशेषज्ञ परामर्श हेतु निर्दिष्ट किया एवं .....

(राज्य के मुख्य प्रशासक चिकित्साधिकारी)

के आवश्यक अनुमोदन को प्राप्त किया जो कि नियमाधीन आवश्यक है।

(झ) रोगी को अस्पताल में भर्ती करना आवश्यक है / नहीं है।

चिकित्साधिकारी का हस्ताक्षर और पदनाम एवं

अस्पताल जिससे वह सम्बद्ध है।

तिथि .....

पंजीकरण संख्या .....

नोट : प्रमाणपत्र में जो लागू न हो उसे काट दें - प्रमाणपत्र अनिवार्य है और सभी स्थितियों में चिकित्सा अधिकारी द्वारा ही भरा जाएं।