

ചികിത്സാധനഹായത്തിനുള്ള മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

ശ്രീ/ശ്രീമതി.....,

.....രോഗം മൂലം (രോഗവിവരം വ്യക്തമായി നൽകുക) ദുരിതമനുഭവിക്കുന്നു എന്നും ടി രോഗത്തിന് മുതൽ വരെ ചികിത്സ തേടിയിരുന്നു വെന്നും, മരുന്നിനും ചികിത്സയ്ക്കുമായി ഈ ആശുപത്രിയിൽ രൂപ ചെലവായിട്ടുണ്ടെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ഇൻപേഷ്യന്റ്/ഔട്ട്പേഷ്യന്റായി തുടർചികിത്സ വേണ്ടി വരുമെന്നും ചികിത്സക്കായി ഏകദേശം രൂപ വേണ്ടി വരുമെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

(ഒപ്പ്)

മെഡിക്കൽ ഓഫീസറുടെ പേര്

ആശുപത്രിയുടെ പേര്

സ്ഥലം:

തീയതി:

(സീൽ)