



## દાકતરી પ્રમાણપત્ર

આથી હું પ્રમાણપત્ર આપું છે કે તા. .... ના રોજ મે શ્રી  
..... ની શારીરીક તેમજ વૈદકીય તપાસ કરેલ  
છે. જે મારા વૈદકીય જ્ઞાન પ્રમાણે જાહેર કરું છું કે ઉપર જણાવેલ કોઈ વ્યક્તિમાં નીચે જણાવેલ  
એક પણ રોગ માલુમ પડતો નથી  માં નિશાન કરેલ રોગ માલુમ પડેલ છે.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| ૧) શરદી અથવા ફ્લુ (Cold of Flu)                                     | <input type="checkbox"/> |
| ૨) કમળો (Jaundice)  | <input type="checkbox"/> |
| ૩) જાતીય રોગ (Venereal Diseases) તથા ત્વચાનો રોગ (Skin Diseases)    | <input type="checkbox"/> |
| ૪) ફેફસાનો ક્ષય (Pulmonary. T.B.)                                   | <input type="checkbox"/> |
| ૫) મૂત્ર રોગ (Urinary Diseases)                                     | <input type="checkbox"/> |
| ૬) કૃમિ રોગ (Wrom Infection)  | <input type="checkbox"/> |
| ૭) મરડો (Dysentery)   | <input type="checkbox"/> |
| ૮) ચક્કર તથા વાઈ (Vertigo of Hysteria)                              | <input type="checkbox"/> |
| ૯) હૃદય તથા શ્વસન રોગ (Heart & Respiratory Diseases)                | <input type="checkbox"/> |
| ૧૦) બીજા રોગ જેથી જીવનને જોખમ (Any other Life threatening Diseases) | <input type="checkbox"/> |

વિશિષ્ટ નોંધ :

મારા અભિપ્રાય મુજબ તેમને સ્નાનાગારમાં દાખલ થવાની પરવાનગી આપી શકાય / શકાય નહિ.

મેડિકલ ઓફીસરની સહી તથા સિક્કા

પુરૂ નામ :

(Full Name)

સરનામું

(Address)

રજી. નં.

(Reg. No.)

સિક્કો

(Stamp)

તારીખ : / / ૨૦