

ഡോക്ടറുടെ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

.....താലൂക്കിൽ.....വില്ലേജിൽ

.....ദേശത്ത് താമസിക്കുന്ന.....

.....വീട്ടിൽ

മകൻ/മകൾ/ഭാര്യ കേരള കർഷക തൊഴിലാളി ക്ഷേമപദ്ധതിയിൽ.....ാം

നമ്പർ അംഗമായി രജിസ്റ്റർ ചെയ്ത ശ്രീ./ശ്രീമതി.....

.....തിയ്യതി മുതൽ.....തിയ്യതി

വരെആശുപത്രിയിൽ

എന്റെ മേൽ നോട്ടത്തിൽ.....രോഗത്തിന്

ചികിത്സയിലായിരുന്നുവെന്നും ഈ അപേക്ഷയോന്നിച്ച് സമർപ്പിക്കുന്ന ബില്ലുകളിലെ മരുന്ന് മറ്റു
ലാബറട്ടറി ചാർജ്ജുകൾ എന്നിവയും എന്റെ നിർദ്ദേശാനുസരണം വാങ്ങിയതാണെന്നും
സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തിക്കൊള്ളുന്നു.

ഒപ്പ് :

ഡോക്ടറുടെ പേര് :

ഉദ്യോഗ പേര് :

ആശുപത്രിയുടെ പേര് :

സ്ഥലം :

തീയതി :

(സീൽ)