

अंतरिक्ष उपयोग केंद्र
SPACE APPLICATIONS CENTRE
अहमदाबाद/AHMEDABAD

अंस्वासेयो सं./CHSS NO: _____ दिनांकDATE: _____

कर्मचारी सं./Employee Code: _____

प्रमाणपत्र /CERTIFICATE

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु./ मा. _____
अंस्वासेयो सं. _____ ने निम्नलिखित विवरणानुसार निम्न उल्लिखित
इंजेक्शन जमा कराए हैं:-

This is to certify that Shri/Smt./Kum./Mast. _____
CHSS No. _____ has deposited following injections as per
details given below:

क्र.सं Sr. No	इंजेक्शन का नाम Name of the Injection	बैच सं. Batch No.	मात्रा/कीमत Qty. Cost.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

उपर्युक्त इंजेक्शनों को डॉ. _____ द्वारा _____ के
लिए लिखा गया है ।

The above injections were prescribed by Dr _____
for _____

इंजेक्शन की कुल कीमत रु. _____ है

The total cost of Injection is Rs. _____

उनके दावे को उनके अ.चि.अ.द्वारा विधिवत प्रमाणित किया गया है ।

His claim has been duly certified by his/her A.M.O

मानद चिकित्सा अधिकारी/Honorary Medical Officer]