



सेल रिफ्रैक्ट्री यूनिट SAIL REFRACTORY UNIT

बोकारो इस्पात नगर BOKARO STEEL CITY

नाम/Name कार्मिक सं०/Staff No.
मूल वेतन/Basic Pay..... पदनाम/Designation.
विभाग/Dept.

नामे/Debit :

चिकित्साव्यय/Medical Expenses

भुगतान करें ₹०/Pa

सहायक/Assistant

Digitized by srujanika@gmail.com

JMI/Am/By.Mallager (F/A)

का० अ०/अ० अ०

JMI/AM/Dy.Manager (F/A)

पाया/Received

नाम/Name

पदान्वय /Designation

14. (i) Designation

कामक संख्या/Staff No.



सेल रिफ्रैक्ट्री यूनिट
SAIL REFRACTORY UNIT
बोकारो इस्पात नगर
BOKARO STEEL CITY
अनिवार्यता प्रमाण—पत्र
ESSENTIALITY CERTIFICATE

मैं प्रमाणित करता हूँ कि सेल रिफ्रैक्ट्री यूनिट (एस.आर.यू) में नियुक्त श्री
के पुत्र/पुत्री/माँ/पिता/पत्नी, बीमारी के उपचार
हेतु दिनांक से दिनांक तक अस्पताल/परामर्श कक्ष

..... में थे। मेरी चिकित्सा के तहत निम्नलिखित दवाइयाँ इस संबंध में मेरे द्वारा निर्धारित की गयी जो रोगी की स्थिति में गंभीर खराबी/हास के सुधार/निवारण के लिए आवश्यक थी। इन दवाइयों में वैसी औषधियाँ शामिल नहीं हैं जिन्हें बनाने और बेचने के अधिकार सुरक्षित है और जिनके लिए बराबर चिकित्सीय क्षमता वाली दूसरी दवा उपलब्ध है। इसमें वैसी भी वस्तुएँ शामिल नहीं हैं जिन्हें भोजन, प्रसाधन सामग्री या कीटनाशक समझा जाय।

I certify that Shri/Smt.....
S/o, D/o, M/O, F/o, W/o of Sail Refractory unit
Bokaro Steel City, has been under my treatment for disease
from to at hospital/
Consulting Room and that undermentioned medicines prescribed by me in this connection were essential
for recovery/prevention of serious deterioration in the condition of the patient. These medicines do not
include proprietary preparation for which cheaper substances of equal therapeutic value are available nor
preparation which are primary foods, toilets are disinfectans.

चिकित्सा परिधि का हस्ताक्षर

Signature of the Medical Attendant

पंजीयन संख्या

Registration No.