

प्रारूप
राज्य मेडिकल बोर्ड प्रमाण-पत्र

छत्तीसगढ़ राज्य मेडिकल बोर्ड
संचालनालय चिकित्सा शिक्षा, छत्तीसगढ़

फोन नं.- 0771-2234451, फैक्स नं. 0771-2222212 E-mail : cgdme@rediffmail-com

क्रमांक /

/संचिशि /

रायपुर, दिनांक /

प्रमाण पत्र

दो पासपोर्ट
साईज़
फोटोग्राफ

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री.....पिता- श्री.....
उम्र- वर्ष (सत्यापित फोटोग्राफ) के आवेदन दिनांक.....के साथ संलग्न
जिला/संभागीय मेडिकल बोर्ड के प्रमाण पत्र क्रमांक.....दिनांक.....के परीक्षण एवं आवेदन
के पूर्ण परीक्षण उपरांत उनकी शारीरिक निःशक्ततापाई गई। उनकी कुल निःशक्तता
.....प्रतिशत है, जो कि एम.एम.सी.द्वारा निर्धारित दिव्यांग श्रेणी की पात्रता के नवीनतम
मापदण्डों के अनुसार मान्य है।

पहचान का निशान-

(अध्यक्ष)
राज्य मेडिकल बोर्ड

(सदस्य)
राज्य मेडिकल बोर्ड

(सदस्य)
राज्य मेडिकल बोर्ड