

भा.कृ.अनु.प.-केन्द्रीय कटाई-उपरान्त अभियांत्रिकी एवं प्रौद्योगिकी संस्थान  
डाक घर: पी.ए.यू., लुधियाना (पंजाब) -141004

**अनिवार्यता प्रमाण पत्र**

**प्रमाण पत्र- 'बी'**

(मरीजों के मामले में पूरा किया जाए जो इलाज के लिए अस्पताल में भर्ती हैं)

श्रीमती/श्री/कुमारी \_\_\_\_\_ की पत्नी/पुत्र/पुत्री को प्रदान किया गया प्रमाण पत्र श्री  
\_\_\_\_\_ भा.कृ.अनु.प.-सीफेट, लुधियाना में कार्यरत हैं।

**भाग-ए**

मैं, डॉ. \_\_\_\_\_ इसके द्वारा प्रमाणित करता हूँ -

(ए) रोगी को \_\_\_\_\_ की सलाह पर अस्पताल में भर्ती कराया गया था।

(चिकित्सा अधिकारी का नाम)/मेरी सलाह पर;

(बी) मरीज का ..... में इलाज चल रहा है।

(अस्पताल का नाम) और मेरे द्वारा निर्धारित निम्नलिखित दवाएं, यह कनेक्शन गंभीर गिरावट की वसूली/रोकथाम के लिए आवश्यक थे। रोगी की स्थिति में दवाओं का स्टॉक नहीं है \_\_\_\_\_ (अस्पताल का नाम) को आपूर्ति के लिए निजी रोगियों और मालिकाना तैयारी शामिल नहीं है जिसके लिए सस्ता है। समान चिकित्सीय मूल्य के पदार्थ उपलब्ध हैं और न ही ऐसी तैयारी जो हैं मुख्य रूप से खाद्य पदार्थ, शौचालय या कीटाणुनाशक;

दवाओं का नाम

मूल्य

दवाओं का नाम

मूल्य

(सी) कि लगाए गए इंजेक्शन प्रतिरक्षण या रोगनिरोधी के लिए थे/नहीं थे उद्देश्य;

(डी) कि रोगी \_\_\_\_\_ से पीड़ित है / था और है / \_\_\_\_\_ से \_\_\_\_\_

तक इलाज चल रहा था;

पी.टी.ओ.

(ई) कि एक्स-रे, प्रयोगशाला परीक्षण, आदि, जिसके लिए रुपये का खर्च। \_\_\_\_\_ खर्च किए गए थे आवश्यक थे और मेरी सलाह पर किए गए थे \_\_\_\_\_ (अस्पताल या प्रयोगशाला का नाम);

(च) कि मैंने विशेषज्ञ परामर्श के लिए डॉ. \_\_\_\_\_ को बुलाया और कि \_\_\_\_\_ (मुखिया का नाम) की आवश्यक स्वीकृति राज्य के प्रशासनिक चिकित्सा अधिकारी) को नियमानुसार आवश्यकतानुसार प्राप्त किया गया था।

हस्ताक्षर और पदनाम  
प्रभारी चिकित्सा अधिकारी  
मामले के अस्पताल में

### भाग-बी

मैं प्रमाणित करता हूं कि रोगी \_\_\_\_\_ में उपचाराधीन है \_\_\_\_\_ अस्पताल और वह विशेष नर्स की सेवा जिसके लिए रु----- व्यय किया गया था, संलग्न बिल व रसीदें, वसूली/रोकथाम के लिए आवश्यक थे रोगी की स्थिति में गंभीर गिरावट

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर  
अस्पताल में मामले के प्रभारी

प्रति हस्ताक्षरित

चिकित्सा अधीक्षक

\_\_\_\_\_  
(अस्पताल का नाम)

\*मैं प्रमाणित करता/करती हूं कि रोगी का इलाज \_\_\_\_\_ में चल रहा है \_\_\_\_\_ अस्पताल और प्रदान की जाने वाली सुविधाएं न्यूनतम थीं जो रोगी के उपचार के लिए आवश्यक हैं।

चिकित्सा अधीक्षक

\_\_\_\_\_  
स्थान \_\_\_\_\_ (अस्पताल का नाम)

\*'न्यूनतम सुविधा प्रमाणपत्र' पर या तो चिकित्सा अधीक्षक द्वारा हस्ताक्षर किए जा सकते हैं संबंधित अस्पताल या कोई अन्य राजपत्रित चिकित्सा अधिकारी जो इसमें प्राधिकृत किया गया हो इस संबंध में चिकित्सा अधीक्षक द्वारा अधिकृत किया गया है।

**CENTRAL INSTITUTE OF POST HARVEST ENGINEERING &  
TECHNOLOGY, LUDHIANA**

**ESSENTIALITY CERTIFICATES**

**CERTIFICATE- 'B'**

*(To be completed in the case of patients who are admitted to hospital for treatment)*

Certificate granted to Mrs./Mr./Miss \_\_\_\_\_ wife/son/daughter of  
Sh. \_\_\_\_\_ employed in the CIPHET, Ludhiana.

**PART-A**

I, Dr. \_\_\_\_\_ hereby certify -

- (a) that the patient was admitted to hospital on the advice of \_\_\_\_\_  
(name of the medical officer) / on my advice;
- (b) that the patient has been under treatment at \_\_\_\_\_  
(name of the Hospital) and that the under mentioned medicines prescribed by me in  
this connection were essential for the recovery / prevention of serious deterioration  
in the condition of the patient. The medicines are not stocked in the  
\_\_\_\_\_ (name of the Hospital) for supply to  
private patients and to not include proprietary preparations for which cheaper  
substances of equal therapeutic value are available nor preparations which are  
primarily foods, toilets or disinfectants ;

Name of medicines	Price	Name of medicines	Price

- (c) that the injections administered were / were not for immunising or prophylactic  
purposes ;
- (d) that the patient is / was suffering from \_\_\_\_\_ and is /  
was under treatment from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ;
- (e) that the X-ray, laboratory tests, etc., for which an expenditure of Rs.  
\_\_\_\_\_ was incurred were necessary and were undertaken on my advice at  
\_\_\_\_\_ (name of hospital or laboratory) ;

P.T.O.

- (f) that I called on Dr. \_\_\_\_\_ for specialist consultation and that the necessary approval of the \_\_\_\_\_ (*name of the Chief Administrative Medical Officer of the State*) as required under the rules, was obtained.

***Signature and Designation of  
the Medical Officer in charge  
of the case at the Hospital***

**PART-B**

I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Hospital and that the service of the special nurses for which an expenditure of Rs.  
\_\_\_\_\_ was incurred, vide bills and receipts attached, were essential for the recovery / prevention  
of serious deterioration in the condition of the patient.

***Signature of the Medical Officer  
in charge of the case at the Hospital***

**COUNTERSIGNED**

Medical Superintendent

\_\_\_\_\_  
(*name of the Hospital*)

\*I certify that the patient has been under treatment at the \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Hospital and that the facilities provided were the minimum which were  
essential for the patient's treatment.

**Medical Superintendent**

Place \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(*name of the Hospital*)

---

*\*The 'minimum facilities certificate' may be signed either by the Medical Superintendent of the Hospital concerned or another Gazetted Medical Officer who has been authorised in this behalf by the Medical Superintendent.*