

री मेडिकल परीक्षण के लिए आवेदन करते समय उम्मीदवारों द्वारा प्रस्तुत किए जाने वाले चिकित्सा प्रमाण पत्र का प्रारूप

प्राधिकरण: रेलवे बोर्ड पत्र संख्या 2014 / एच / 5/8 (नीति) दिनांक। 07.07.2017

उम्मीदवार का नाम:

आयु/लिंग :

**उम्मीदवार का पासपोर्ट
आकार का फोटो**

संबंधित विशेषता/विशिष्टताओं के
सरकारी / निजी चिकित्सा अधिकारी
द्वारा सत्यापित किया जाना है

पद : _____

चिकित्सा श्रेणी : _____

रोल नं. : _____

उम्मीदवार का पंजीकरण सं : _____

उम्मीदवार के पहचान चिह्न, चिकित्सा अधिकारी द्वारा प्रमाणित 1.

2.

उम्मीदवार का हस्ताक्षर:

मैं विशेष चिकित्सा श्रेणी के लिए रेलवे द्वारा निर्धारित शारीरिक और दृष्टि मानकों से पूरी तरह अवगत हूँ और मैं इस तथ्य से अवगत हूँ कि इस संबंध में सरकार द्वारा नियुक्त तीन वरिष्ठ रेलवे डॉक्टरों वाले एक उपयुक्त मेडिकल बोर्ड द्वारा आयोजित चिकित्सा परीक्षा के दौरान उम्मीदवार को पहले ही इन मानकों के अनुसार अयोग्य घोषित किया जा चुका है।

परीक्षा का निष्कर्ष:

डॉक्टर का नाम: _____

एमसीआई/राज्य पंजीकरण संख्या: _____

चिकित्सा परीक्षा की तिथि:

स्थान:

विशेषज्ञ का हस्ताक्षर
सील के साथ

**FORMAT OF MEDICAL CERTIFICATE TO BE SUBMITTED BY THE CANDIDATES WHILE APPLYING FOR
REMEDICAL EXAMINATION**

Authority : Railway Board letter No.2014/H/5/8(Policy) dated. 07.07.2017

Name of the Candidate :

Age/Gender :

**Passport size photograph
of the candidate**

Photograph to be attested by
Govt/Pvt. Medical Officer of
concerned speciality/specialities

Candidate for the post of : _____

Medical category : _____

Roll No. of the candidate : _____

Registration of the candidate : _____

Identification marks attested by certifying medical officer 1.

2.

Signature of the candidate:

I am fully aware of Physical and visual standards set by the railway for the particular medical category and that I am aware of the fact that candidate has already been declared unfit according to these standards during medical examination conducted by an appropriate medical board comprising of three senior railway doctors appointed by the government in this regard.

EXAMINATION FINDINGS:

Name of the Doctor: _____

Signature of the doctor of concerned
Specialty with Seal

MCI/State Registration No. _____

Date of Medical examination:

Place :