

परिशिष्ट - दो

प्रारूप

राज्य मेडिकल बोर्ड प्रमाण-पत्र

छत्तीसगढ़ राज्य मेडिकल बोर्ड  
संचालनालय चिकित्सा शिक्षा, छत्तीसगढ़

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

क्रमांक /

/संचिशि / 2025

रायपुर, दिनांक /

प्रमाण पत्र

दो पासपोर्ट  
साईज  
फोटोग्राफ

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री ....., पिता- श्री .....,  
उम्र-.....वर्ष (सत्यापित फोटोग्राफ) के आवेदन दिनांक.....पर दिनांक को आवेदक के पूर्ण  
चिकित्सकीय परीक्षण उपरांत उनकी शारीरिक निःशक्तता .....पाई गई। उनकी कुल निःशक्तता ....  
..... प्रतिशत है । जो कि मेडिकल/डेंटल/नर्सिंग पाठ्यक्रम में प्रवेश हेतु एनएमसी द्वारा निर्धारित  
नवीनतम मापदंड के अनुसार..... पाया गया।

पहचान का निशान- .....

(अध्यक्ष)

राज्य मेडिकल बोर्ड

(सदस्य)

राज्य मेडिकल बोर्ड

(सदस्य)

राज्य मेडिकल बोर्ड