# अनुभव प्रमाण पत्र

मैं ..... (मोहर चिकित्सालय का नाम), ..... जिला ..... के ..... (चिकित्सालय का नाम), पुत्र/पुत्री श्री/श्रीमती ..... (चिकित्सालय का नाम), जिलाधीश ..... (मोहर संस्था का नाम), जिलाधीश ..... (संस्था का नाम) हैं, ने प्रमाणित किया है कि श्री/श्रीमती ..... ने चिकित्सा चिकित्सा संस्थाओं के संचालन/व्यवस्था अपने कार्यकाल में सफलता पूर्वक कार्य किया है।

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी जानकारियाँ मेरे ज्ञान और विश्वास के अनुसार सत्य हैं। यदि मेरे द्वारा उपलब्ध कराये गये उपरोक्त तथ्य किसी भी समय एवं स्तर पर असत्य/गलत पाये जाते हैं तो इस सम्बन्ध में किसी एवं सिद्धान्त के अधीन मेरे विरूद्ध की जाने वाली कार्यवाही के लिए मैं स्वयं उत्तरदायी रहूँगा/रहूँगी।

दिनांक .....

.....
(श्री/श्रीमती/श्री/श्रीमती)
मोहर चिकित्सालय का नाम
(मोहर संस्था)

Scanned with OKEN Scanner