

Name of the Institution /Hospital :-

Residency Certificate/ Clinical Work / Teaching Experience Certificate

Issued to(here enter name & address)

This is to certify that the above mentioned person was a MD/MS/DNB/Mch/DM/PGDiploma student in the department of (Name of the discipline) in(Name and Address of the institution/ hospital) during the period from to He/She has completed the study period through residency programme / has undergone Clinical work / has involved in the teaching programme of undergraduate students.

Also certified that the (Name of course) course in this institution/ hospital was recognised by the Medical Council of India during the above period.

Signature, Name & Designation of
issuing authority with name of the institution

Place:
Date:

Office seal

സ്ഥാപനത്തിന്റെ/ ആശുപത്രിയുടെ പേര്:-

റെസിഡൻസി സർട്ടിഫിക്കറ്റ്/ ക്ലിനിക്കൽ വർക്ക് / അധ്യാപന പരിചയ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

ഉദ്യോഗാർത്ഥിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന ആൾ മുതൽ വരെ കാലയളവിൽ ഈ സ്ഥാപനത്തിൽ / ആശുപത്രിയിൽ (.....(സ്ഥാപനത്തിന്റെ / ആശുപത്രിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും)) MD/MS/DNB/Mch/DM/PGDiploma (വിഭാഗം) വിദ്യാർത്ഥിയായിരുന്നുവെന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു. ടിയാൻ/ ടിയാൾ റെസിഡൻസി പ്രോഗ്രാമിലൂടെയാണ് പഠനം പൂർത്തിയാക്കിയത് / പഠനകാലയളവിൽ ക്ലിനിക്കൽ വർക്ക് പരിചയം കൈവരിച്ചിരുന്നു / പഠനകാലയളവിൽ അണ്ടർഗ്രാജുവേറ്റ് വിദ്യാർത്ഥികളുടെ അധ്യാപനത്തിൽ പരിചയം കൈവരിച്ചിരുന്നു .

മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച കാലയളവിൽ ഈ സ്ഥാപനത്തിലെ / ആശുപത്രിയിലെ (കോഴ്സിന്റെ പേര്) കോഴ്സ് മെഡിക്കൽ കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ അംഗീകാരത്തോടെയാണ് നടത്തപ്പെട്ടിരുന്നതെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്,പേര്,
ഔദ്യോഗിക പദവി, സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര്

സ്ഥലം :

തീയതി : ഓഫീസ് സീൽ

Name of the Institution/ Hospital :-

Certificate of Experience

Issued to(here enter name & address)

This is to certify that the above mentioned person has worked / has been working as(Post held) in the department of (Name of the discipline) in(Name and Address of the institution/ hospital) during the period from to During this period he/ she has got clinical work experience / has involved in the teaching programme of undergraduate students.

Also certified that this Institution/ hospital was being run by the recognition of the Medical Council of India during the above period.

Signature, Name & Designation of issuing authority with name of the institution

Place: Office seal

Date:

സ്ഥാപനത്തിന്റെ/ ആശുപത്രിയുടെ പേര്:-

പരിചയ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്

ഉദ്യോഗാർത്ഥിയുടെ പേരും മേൽവിലാസവും

മുകളിൽ പറഞ്ഞിരിക്കുന്ന ആൾ മുതൽ വരെ
കാലയളവിൽ ഈ സ്ഥാപനത്തിൽ/ ആശുപത്രിയിൽ
(.....(സ്ഥാപനത്തിന്റെ/ ആശുപത്രിയുടെ പേരും
മേൽവിലാസവും))(തസ്തികയുടെ പേര്) ആയി ജോലി
നോക്കിയിട്ടുണ്ട് / ജോലി നോക്കി വരുന്നു എന്ന് ഇതിനാൽ സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.
ഈ കാലയളവിൽ ടിയാൻ / ടിയാൾ ക്ലിനിക്കൽ പരിചയം കൈവരിച്ചിരുന്നു. /
അണ്ടർഗ്രാജുവേറ്റ് വിദ്യാർത്ഥികളുടെ അധ്യാപനത്തിൽ പരിചയം
കൈവരിച്ചിരുന്നു.

മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ച കാലയളവിൽ ഈ സ്ഥാപനം / ആശുപത്രി മെഡിക്കൽ
കൗൺസിൽ ഓഫ് ഇന്ത്യയുടെ അംഗീകാരത്തോടെയാണ്
നടത്തപ്പെട്ടിരുന്നതെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ്, പേര്,
ഔദ്യോഗിക പദവി, സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര്

സ്ഥലം :

തീയതി :

ഓഫീസ് സീൽ