

FORM OF MEDICAL CERTIFICATE

I have this day, medically examined Smt/Kum
..... (Name & Address) and found that she has no disease or infirmity, which would render her unsuitable for Government Service. Her age according to her own statement isand by appearance is and her standards of vision are as follows:-

STANDARDS OF VISION
(Without glasses)

	<u>Right Eye</u>	<u>Left Eye</u>
1. Distant VisionSnellenSnellen
2. Near VisionSnellenSnellen
3. Field of Vision

(Specify whether field of vision is **Full** or **Not**
Entries such as Normal, Good etc. are inappropriate here)

- 4. Colour Blindness
- 5. Squint
- 6. Any morbid conditions of the eye or lid of either eye.

She is Physically Fit for the post of Female Assistant Prison Officer in the Prisons Department.

Signature
Name & Designation of the Medical Officer

Place:
Date:

(Office Seal)

കുറിപ്പ്:

കാഴ്ചശക്തിയെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ വ്യക്തമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം. വിഷൻ “നോർമൽ”, “ഗുഡ്” മുതലായ അവ്യക്തമായ പ്രസ്താവനകൾ സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല. ഓരോ കണ്ണിനേയും സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ പ്രത്യേകമായി രേഖപ്പെടുത്തിയിരിക്കണം. കാഴ്ചശക്തി മുകളിൽ സൂചിപ്പിച്ചിട്ടുള്ള വിധത്തിലല്ലെങ്കിൽ കണ്ണിന് നല്ല കാഴ്ചശക്തിയുണ്ടെന്നോ മോശമായ കാഴ്ചശക്തിയാണെന്നോ (*Better/Worse Standards of Vision*) ഉള്ള വിവരം സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകുന്ന ഉദ്യോഗസ്ഥൻ സർട്ടിഫിക്കറ്റിൽ രേഖപ്പെടുത്തേണ്ടതാണ്. അല്ലാതെയുള്ള സർട്ടിഫിക്കറ്റ് സ്വീകരിക്കുന്നതല്ല.