

परिशिष्ट-ग  
(नियम-15(7) देखें)

चिकित्सालय का लैटर हैड

पत्र संख्या

दिनांक

—:अनुभव प्रमाण पत्र:—

- प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कु०.....  
पुत्र/पुत्री/पत्नी ..... निवासी .....  
..... इस चिकित्सालय में उपचारिका के पद पर  
कार्यरत है, साथ ही यह भी प्रमाणित किया जाता है कि (चिकित्सालय का नाम एवं पता  
जनपद सहित) ..... वर्तमान में  
(शैय्याओं की संख्या) ..... शैय्यायुक्त है एवं (राज्य का नाम) .....  
..... राज्य में लागू नैदानिक स्थापन (रजिस्ट्रीकरण और विनियमन अधिनियम, 2010)  
के अन्तर्गत (कार्यालय का नाम जहाँ पंजीकृत हैं) ..... में  
आतिथि तक वैध रूप से पंजीकृत है एवं चिकित्सालय का पंजीकरण संख्या .....  
..... एवं दिनांक ..... है।
- 2— श्री/श्रीमती/कु० ..... द्वारा इस चिकित्सालय में कार्य किये जाने  
की अवधि में (विभाग का नाम) ..... नर्सिंग का  
क्लीनिकल कार्य सम्पादित किया गया।
- 3— श्री/श्रीमती/कु० ..... द्वारा क्लीनिकल स्टाफ नर्स  
के रूप में इस चिकित्सालय में कार्य किये जाने की अवधि (दिनांक) .....  
से (दिनांक) ..... रही जो कि कुल ..... वर्ष .....  
माह एवं ..... दिन है तथा उन्हें उक्त अवधि का अनुभव प्रमाण-पत्र  
निर्गत किया जा रहा है।
- 4— श्री/श्रीमती/कु० ..... को उक्त अनुभव अवधि  
का आयकर अधिनियम के अन्तर्गत फार्म-16 प्रदान कर दिया गया है।
- 5— उक्त अवधि में श्री/श्रीमती/कु० ..... पुत्र/पुत्री/पत्नी .....  
..... निवासी .....  
..... का कार्य एवं आचरण ..... रहा है।

हस्ताक्षर—

अनुभव प्रमाण पत्र निर्गत करने वाले सक्षम प्राधिकारी का नाम एवं पदनाम मुहर सहित  
(स्पष्ट पठनीय अक्षरों में) (चिकित्सक होने की दशा में एम०सी०आई पंजीकरण संख्या)