



भारत सरकार
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण विभाग
प्रमाणित प्रमाणपत्र

नाम: _____
पता: _____
वर्ग: _____
दिनांक: _____

यहाँ पर निम्नलिखित जानकारी दी जा रही है: _____

क्र.सं.	वर्ग	प्रमाणित	दिनांक
1	...	...	...
2	...	...	...
3	...	...	...
4	...	...	...
5	...	...	...
6	...	...	...
7	...	...	...
8	...	...	...
9	...	...	...
10	...	...	...
11	...	...	...
12	...	...	...
13	...	...	...
14	...	...	...
15	...	...	...
16	...	...	...
17	...	...	...
18	...	...	...
19	...	...	...
20	...	...	...

प्रमाणित करने वाले अधिकारी का नाम: _____
पद: _____
दिनांक: _____