



ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BIBINAGAR
Hyderabad Metropolitan Region, TELANGANA - 508126
अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, बीबीनगर,
हैदराबाद मेट्रोपोलिटन क्षेत्र, तेलंगाना - 508126

OFFICE OF THE MEDICAL SUPERINTENDENT

AIIMS/BBN/MSO/2024/4482

Date: 31.05.2024

CIRCULAR

All Faculty/Residents/Nursing Officers/Office Staff availing medical leave are hereby directed to submit medical certificate & fitness certificate in the format enclosed herewith.

This issue is with the approval of competent Authority.

mw
31/05/24

Medical Superintendent
AIIMS Bibinagar

Distribution to:

All Faculty/SR's/JR's/Nursing Officers

Copy to:

1. PS to Executive Director, for kind information please
2. Dean(Academics), for kind information please
3. DDA, for kind information please
4. Faculty In-Charge, College of Nursing
5. Faculty In-Charge, Nursing officers
6. IT cell, with request to upload the forms on institute's website



अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, बीबीनगर,
हैदराबाद महानगरीय क्षेत्र, तेलंगाना – 508126
ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BIBINAGAR,
Hyderabad Metropolitan Region, TELANGANA – 508126

Ref.No: AHMS/BBN/MRD/Med Cert/

Date: / /

వైద్య దృవీకరణ పత్రం

ఇది Mr./Mrs అని దృవీకరించడం. /కుమారు.....
S/o D/o W/o..... వయస్సు..... లింగం.....
R/O/
చిరునామా..... చికిత్సలో
ఉన్న వారి సంతకం క్రింద దృవీకరించబడింది CR NO..... బాధపడుతున్నారు

డా. ఆదారంగా/ప్రస్తుతం ఆసుపత్రిలో చేరారు అతడు/ఆమె ఓపీలో చికిత్స పొందుతున్నారు నుండి. అతను/ఆమె ఆసుపత్రిలో ఉండి అవకాశం ఉంది/చికిత్స
కొనసాగించాల్సిన అవసరం ఉంది. నుండి రోజులు...../వారాల..... పాటు పడక విశ్రాంతి తీసుకోవాలని సూచించారు.
ప్రత్యేక సూచనలు/వ్యాఖ్యలు.....

(రోగి సంతకం)
గుర్తింపు గుర్తు:

(స్టాంపుతో కన్సల్టంట్ సంతకం)
పేరు:
పోదా:
విభాగం:

కౌంటర్ సైన్ AMS/MS స్టాంపుతో

గమనిక : మూడు సంతకాలతో మాత్రమే చెల్లుతుంది.

చికిత్సా ప్రमाण पत्र

यह प्रमाणित किया जाता है कि श्री / श्रीमती /कुमारी.....
पिता/माता / पति का नाम:
सीआर नंबर :
आयु..... लिंग..... निवासी.....
..... जिनके हस्ताक्षर नीचे संलग्न हैं,
..... से पीड़ित है जिसका उपचार किया जा रहा है।
उं द्वारा वह वर्तमान समय में अस्पताल में भर्ती
हैं। से तक वह अस्पताल में रहने के लिए संभावित है / उपचार जारी रखने की
आवश्यकता है / उन्हें बिस्तर पर आराम के लिए निर्देशित किया गया है..... दिनों / सप्ताहों के लिए.
विशेष निर्देश/टिप्पणियाँ

(रोगी के हस्ताक्षर)
पहचान चिन्ह:

(चिकित्सक के हस्ताक्षर स्टाम्प के साथ)
नाम:
पदनाम:
विभाग:

काउंटर साइन एमएस/एमएस स्टाम्प के साथ

नोट: सभी तीन हस्ताक्षरों के साथ मान्य है।

MEDICAL CERTIFICATE

This is to certify that Mr. /Mrs. /Ms. S/o.D/o.W/o.....
Age..... Gender..... R/O..... whose signature is attested below CR
NO..... is suffering from..... was under treatment Dr.
..... He/she is under treatment on OP basis /currently admitted to
hospital.
From..... To..... He/she is likely to stay in the hospital/needs to continue the
treatment/ has been advised bed rest for days/weeks from..... To.....
Special instructions/remarks.....

(Signature of patient)
Identification Mark:

(Consultant's Signature with stamp)
Name:
Designation:
Department:

Counter Sign AMS/MS with Stamp

Note :Valid only with all three signatures.



ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, BIBINAGAR,
Hyderabad Metropolitan Region, TELANGANA - 508126

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, बीबीनगर,
हैदराबाद मेट्रोपोलिटन क्षेत्र, तेलंगाना - 508126

ANNEXURE II

పిటిఎస్ సర్టిఫికేట్

నేను, డా..... నేను డా./శ్రీ/శ్రీమతిని జాగ్రత్తగా పరిశీలించినట్లు దీని ద్వారా
ధృవీకరించబడింది..... (దరఖాస్తుదారుపేరు & హోదా)

ఎవరి సంతకం క్రింద

ఇవ్వబడింది మరియు అతను/ఆమె, అతని/ఆమె అనారోగ్యం నుండి కోలుకున్నారని మరియు ఇప్పుడు ప్రభుత్వ సేవలో తిరిగి
విధులను..... నుండి కొనసాగించడానికి తగినట్లుగా

ఉన్నారు. ఈ నిర్ణయానికి రాకముందు, నేను అసలు వైద్యధృవీకరణ పత్రం మరియు సెలవు మంజూరు చేయబడిన లేదా పొడిగించిన
కేసు యొక్క స్టేట్ మెంట్ (లేదా దాని ధృవీకరించబడిన కాపీలు) పరిశీలించానని మరియు నా నిర్ణయానికి రావడానికి వీటిని పరిగణన
లోకి తీసుకున్నానని కూడా నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

రోగి సంతకం

కన్సల్టెంట్ సంతకం

కౌంటర్ సంతకం MS/AMS

గుర్తింపు గుర్తు:

స్టాంపుతో

స్టాంప్ తో

పేరు:

హోదా:

విభాగం:

గమనిక: మొత్తం 3 సంతకాలతో మాత్రమే చెల్లుబాటు అవుతుంది

మెడికల్ ఫిట్ నెస్ ప్రమాణపత్ర

మैं, डॉ..... एतद्वारा प्रमाणित करता/ करती हूं कि मैंने डॉ./ श्री
/श्रीमती/सुश्री..... (नाम एवं पदनाम) जिसका हस्ताक्षर नीचे
दिया गया है, जो..... कार्यालय में काम करता/ करती है की
सावधानीपूर्वक जांच की है।

वह अपनी बीमारी से उबर चुका/ चुकी है और दिनांक..... को इयूटी फिर से शुरू करने के लिए फिट है। इस निर्णय
पर पहुंचने से पहले मैं यह भी प्रमाणित करता/ करती हूँ कि मैंने मामले के मूल चिकित्सा प्रमाण पत्र और बयान (या उसकी
प्रमाणित प्रतियों) की जांच की है जिस पर छुट्टी दी गई थी या बढ़ाई गई थी और मैंने अपने निर्णय पर पहुंचने के लिए इन्हें ध्यान
में रखा है।

रोगी के हस्ताक्षर

चिकित्सक के हस्ताक्षर

काउंटर साइन

एमएस/एएमएस

स्टाम्प के साथ

स्टाम्प के साथ

पहचान चिह्न:

नाम:

पद का नाम:

विभाग:

नोट: केवल तीन हस्ताक्षरों के साथ मान्य

FITNESS CERTIFICATE

I, Dr. do hereby certify that I had carefully examined
Dr/Shri/Smt. Ms
(name & designation of applicant) of the Office of the
whose signature is given below, and find that he/she has recovered from his/her illness and is now fit to
resume duty on I also certify that before arriving at this decision, I have examined
the original medical certificate and statement of the case (or certified copies thereof) on which leave was
granted or extended and have taken these into consideration in arriving at my decision.

Signature of patient

Consultant's Signature

Counter sign MS/AMS

with Stamp

with Stamp

Identification mark:

Name:

Designation:

Department:

Note: Valid only with all 3 signatures