

सिविल मेडिकल बोर्ड द्वारा एकल चिकित्सा अधिकारी द्वारा शारीरिक फिटनेस का प्रमाण पत्र/

CERTIFICATE OF PHYSICAL FITNESS BY A SINGLE MEDICAL OFFICER

THE CIVIL MEDICAL BOARD

उम्मीदवार के हस्ताक्षर/Signature of the Candidate: _____

मैं/हम एतद्वारा प्रमाणित करते हैं कि मैंने/हमने श्री/श्रीमती (पूरा नाम) की जांच की है। श्री/श्रीमती/कुमारी/डॉ/ / We do hereby certify that I / We have examined (Full Name) Shri / Smt. / Kumari / Dr _____ के रूप में सरकार के तहत रोजगार के लिए एक उम्मीदवार हैं/a candidate for employment under the Government as _____ में/in the _____ और जिसके हस्ताक्षर ऊपर दिए गए हैं और यह पता नहीं चल सकता कि उसे कोई संक्रामक या अन्य प्रकार की बीमारी है, संवैधानिक पीड़ा या शारीरिक दुर्बलता है/सिवाय इसके कि उसका वजन निर्धारित मानक से अधिक/कम है, या इसके अलावा मैं/हम इसे उसके द्वारा वांछित रोजगार के लिए अयोग्यता नहीं मानते हैं। उसकी उम्र उसके अपने कथन के अनुसार _____ वर्ष और शक्ल-सूरत के अनुसार लगभग _____ वर्ष है।/and whose signature is given above and cannot discover that he / she has any disease, communicable or otherwise, constitutional affliction or bodily infirmity/except that his / her weight is in excess of / below the standard prescribed, or except. I / We do not consider this a disqualification for the employment he / she seeks. His / Her age is according to his / her own statement _____ years and by appearance about _____ years.

मैं/हम यह भी प्रमाणित करता हूँ/करते हैं कि उसके पास चेचक / टीकाकरण के निशान हैं।/I / We also certify that he / she has marks of smallpox/vaccination.

1. छाती का माप/Chest Measurement in
 - i) पूर्ण समाप्ति पर (सेमी)/On full expiration (cm) :
 - ii) पूर्ण समाप्ति पर (सेमी)/On full expiration (cm) :
 - iii) अंतर विस्तार (सेमी)/Difference expansion (cm) :
2. वजन किलोग्राम में/Weight in Kg :
3. ऊंचाई सेमी में/Height in cms :
4. कार्डियो-वैस्कुलर सिस्टम
/Cardio – Vascular System / :
5. श्वसन तंत्र/Respiratory system :
6. दृष्टि सामान्य है/His / Her vision is normal :
7. हाइपरमेट्रोपिक / मायोपिया / एस्टिग्मैटिक/
Hypermetropic / myopia / Astigmatic/ :
8. (यहां दोष की डिग्री और सुधार चश्मे की ताकत दर्ज करें)/Here enter the degree of defect and the strength of correction glasses :
9. श्रवण सामान्य, दोषपूर्ण है/
Hearing is normal, defective :
10. (बहुत अधिक या मामूली)/much or slight
10. मूत्र-द्रव रासायनिक परीक्षण से पता चलता है/

Urine – Doss chemical examination shows :-

- i. अल्बुमेन/Albumen :
- ii. शुगर/Sugar :
- iii. विशिष्ट गंभीरता बताएं/
State specific gravity :

11. महिला अभ्यर्थी के मामले में, मूत्र की रिपोर्ट
ग्रेविडेक्स परीक्षण चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर
की तारीख से 3 दिन से पहले नहीं होना चाहिए/
In case of female candidate, Report of urine
gravindex test not earlier than 3 days from date
of signature of medical officer

: सकारात्मक/ नकारात्मक/
Positive / Negative

12. पहचान चिन्हों के लिए व्यक्तिगत चिन्ह (कम से कम दो का उल्लेख किया जाना चाहिए)/Personal
marks (at least two should be mentioned) for identification marks:

- i)
- ii)

हस्ताक्षर/Signature:
पद/Rank:
पदनाम/Designation:
स्टेशन/Station

अध्यक्ष/President:
सदस्य/Members:
तारीख/Date:

उम्मीदवारों का बयान और घोषणा/
CANDIDATES STATEMENT AND DECLARATION

उम्मीदवार को अपनी मेडिकल जांच से पहले नीचे दिया गया आवश्यक विवरण देना होगा और उसके साथ संलग्न घोषणा पर हस्ताक्षर करना होगा। उनका ध्यान विशेष रूप से नीचे दिए गए नोट में निहित चेतावनी की ओर निर्देशित है/The candidate must make the statement required below prior to his / her medical examination and must sign the declaration appended thereto. His attention is specially directed to the warning contained in the note below:

1. अपना पूरा नाम बताएं (बड़े अक्षरों में)/
State your name in full (In block letters) :
2. अपनी उम्र और जन्म स्थान बताएं/
State your age and birth place :
3. a) क्या आपको कभी चेचक, रुक-रुक कर या कोई अन्य बुखार, ग्रंथियों का बढ़ना या दबना, खून थूकना, अस्थमा, फेफड़ों की सूजन, हृदय रोग, बेहोशी के दौर, गठिया, अपेंडिसाइटिस हुआ है?/
Have you ever had smallpox, intermittent or any other fever, enlargement or suppuration of glands, spitting of blood, asthma, inflammation of lungs, heart disease, fainting attacks, rheumatism, appendicitis?
(अथवा/or) :
- b) क्या कोई अन्य बीमारी या दुर्घटना है जिसके लिए बिस्तर पर रहना या चिकित्सा या शल्य चिकित्सा उपचार की आवश्यकता थी? Any other disease or accident requiring confinement to bed and medical or surgical treatment? :
4. आपको आखिरी बार टीका कब लगाया गया था?/
When were you last vaccinated? :
5. क्या आप या आपका कोई निकट संबंधी इसके सेवन, सेरोफुला, गठिया, अस्थमा, दौर, मिर्गी या पागलपन से प्रभावित है?/Are you or any of your near relations been affected with consumption, serofula, gout, asthma, fits, epilepsy or insanity? :
6. क्या आप अधिक काम करने या किसी अन्य कारण से किसी प्रकार की घबराहट से पीड़ित हैं?/Have you suffered from any form of nervousness due to over work or any other cause? :
7. अपने परिवार से संबंधित निम्नलिखित विवरण प्रस्तुत करें/
Furnish the following particulars concerning your family :

पिता की आयु, यदि जीवित हैं और स्वास्थ्य की स्थिति/ Father's age, if living and state of health	मृत्यु के समय पिता की आयु और मृत्यु का कारण/Father's age at death and cause of death	जीवित भाइयों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति/Number of brothers living, their ages and state of health	मृत भाइयों की संख्या, उनकी आयु और मृत्यु के कारण /Number of brothers dead, their ages at and causes of death

माता की आयु, यदि जीवित है और स्वास्थ्य की स्थिति /Mother's age, if living and state of health	मृत्यु के समय माँ की आयु और मृत्यु का कारण/Mother's age at death and cause of death	जीवित बहनों की संख्या, उनकी उम्र और स्वास्थ्य की स्थिति/Number of sisters living, their ages and state of health	मृत बहनों की संख्या, उनकी उम्र और मृत्यु के कारण/Number of sisters dead, their ages at and causes of death

मैं घोषणा करता हूँ कि उपरोक्त सभी उत्तर मेरे सर्वोत्तम विश्वास के अनुसार सत्य और सही हैं।/

I declare all the above answers to be, to the best of my belief, true and correct.

उम्मीदवार का हस्ताक्षर/Candidate's Signature

चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर/ Signature of Medical Officer

तारीख/Date:

नोट: उपरोक्त कथन की सटीकता के लिए उम्मीदवार को जिम्मेदार ठहराया जाएगा। किसी भी जानकारी को जानबूझकर छिपाने से उसे नियुक्ति खोने का जोखिम उठाना पड़ेगा और यदि नियुक्त किया जाता है, तो सेवानिवृत्ति भत्ते या ग्रेच्युटी के सभी दावों को जब्त कर लिया जाएगा।/

NOTE: The candidate will be held responsible for the accuracy of the above statement. By willfully suppressing any information he will incur the risk of losing the appointment and if appointed, of forfeiting all claim to superannuation allowance or gratuity.

अनुच्छेद 49 के तहत चिकित्सा प्रमाण पत्र/ **MEDICAL CERTIFICATE UNDER ARTICLE 49**
सिविल सेवा विनियम/**CIVIL SERVICE REGULATIONS**

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता हूँ कि मैंने जांच कर ली है/ I do hereby certify that I have examine

.....
.....

में रोजगार के लिए उम्मीदवार/a candidate for employment in the

.....
.....

विभाग में और यह पता नहीं चल सकता कि उसे कोई बीमारी है, स्नेह या शारीरिक दुर्बलता है, के सिवाय Department and cannot discover that he has any disease, constitute affection or bodily infirmity except

.....मैं (इसे अधिकारी पद पर रोजगार के लिए अयोग्यता नहीं मानता हूँ) (Consider do not consider this a disqualification for employment in the Officer of

.....उनकी उम्र

उनके अपने कथन के अनुसार/His age is according to his own statement.....

वर्ष और रूप से लगभग/year and appearance about वर्ष/years.

स्थान/Place.....

तारीख/Date.....

हस्ताक्षर/Signature

उम्मीदवार द्वारा घोषणा/**DECLARATION BY CANDIDATE**

मैं/.....एक उम्मीदवार आई सी एम आर - राष्ट्रीय रोग सूचना विज्ञान और अनुसंधान केंद्र, बेंगलुरु में रोजगार के लिए और इसके द्वारा घोषणा करता हूँ कि किसी भी समय मेडिकल में सरकारी रोजगार के लिए अयोग्य घोषित नहीं किया गया है। भारत कार्यालय या किसी अन्य गठित चिकित्सा प्राधिकरण में बोर्ड/ a candidate For employment in the ICMR-National Centre for Disease Informatics and Research, Bengaluru and hereby declare that have not at any time been pronounced unfit for Government employment the Medical Board at the India Office or any other constituted Medical Authority.

दिनांकित/Dated:

अभ्यर्थी का हस्ताक्षर सत्यापित है/Signature of the Candidate Is attested