

മാതൃജ്യോതി പദ്ധതി
മെഡിക്കൽ സർട്ടിഫിക്കറ്റ്
സാക്ഷ്യപത്രം

ശ്രീമതി. _____

_____ (പേര്, വിലാസം)

_____ വയസുള്ള മാതാവിന്റെ മകനായ/മകളായ _____

_____ (കുട്ടിയുടെ പേര്) _____ മാസം പ്രായമുള്ള കുട്ടിയെ

പരിചരിക്കുന്നതിന് ഒരു സഹായിയെ ആവശ്യമുണ്ട് എന്ന വിവരം സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

Signature :

Name of Doctor :

Designation:

(Only Pediatrician/ Gynecologist)

Registration No:

Name of Govt. Hospital :

Place:

Date:

Office Seal: