



Photo of the patient  
attested by Doctor

**Vayomadhuram**  
**Medical Certificate**

This is to certify that Sri/Smt. -----

-----

----- (Name & Address), aged ----- is a Diabetic patient

and is under treatment from ----- years.

Identification marks of the patient:1)

2)

Signature :

Name of the Doctor :

Designation :

Registration No. :

Name of the Govt. Hospital :

Place :

Office Seal :

Date :

**പ്രത്യേക ശ്രദ്ധയ്ക്ക്**

അപേക്ഷകൻ/അപേക്ഷക പ്രമേഹ രോഗത്തിന് നിലവിൽ ചികിത്സ തുടർന്നു വരുന്നയാളും 60 വയസ്സിനു മേൽ പ്രായമുള്ള വ്യക്തിയുമായിരിക്കണം.