

From C

(See Rule 9 (3))

Medical Fitness Certificate

1. Name :

2. Father's Name :

3. Age :

4. Residential Address :

5. Address of premises in which working :

6. Mark of identification :

7. Signature /Thumb impression :

8. Opinion of the Medical Officer :

9. Whether immunized against

Cholera and Typhoid or such other

Communicable diseases :

This is to certify thataged.....
Son/Daughter/Wife of Residing at
.....

..... has been medically on the
.....(date). He is considered as fit for work and handle food .He/She should be re-
examined not later than (date)on which date certificate expires.

Date:

Place:

Signature of Medical Officer,

സാനിറ്ററി സർട്ടിഫിക്കറ്റിനുള്ള അപേക്ഷ

അപേക്ഷകന്റെ പേര്	
സ്ത്രീ/പുരുഷൻ	
വയസ്സ്	
മേൽവിലാസം	
സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര്	
വാർധക്യം, കെട്ടിടനബന്ധം	
വില്ലേജ്	
പോസ്റ്റ് ഓഫീസ്	
ഭലാകാലിറ്റി	
ഫോൺ നമ്പർ	
സ്ഥാപനത്തിൽ നടത്തുന്ന ഇടപാട്ടിന്റെ വിശദവിവരം	
പ്രവർത്തനം ആരംഭിച്ച തിയ്യതി	
ശീവനകാരുടെ എണ്ണം	
ശീവനകാരുടെ വായ്പാട് കാർഡ് എടുത്തിട്ടുണ്ടോ?	
മാലിന്യ സംസ്കരണത്തിനുള്ള സംവിധാനം എത്ര?	
കുടിവെള്ള ദ്രോഘനാസ് എത്രാണ്?	
ബാത്രിനും ഫോയ് ലറ്റ് സംവിധാനം ഉണ്ടോ?	
ഭക്ഷണ പാന്നിയങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംഗങ്ങൾ	

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

ഓഫീസ് : ആവശ്യത്തിന്

തിയ്യതി

സാനിറ്ററി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകി/നിരസിച്ചു:

നിരസിച്ചുവെക്കിൽ കാരണം

പോത്താൻ്റെ ഇൻസ്‌പെക്ടർ/ പൊത്താൻ്റെ പ്രാബല്യം