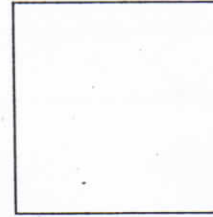


From C

(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,

സാന്നിറ്ററി സർട്ടിഫിക്കറ്റിനുള്ള അപേക്ഷ

അപേക്ഷകന്റെ പേര്	
സ്ത്രീ/പുരുഷൻ	
വയസ്സ്	
മേൽവിലാസം	
സ്ഥാപനത്തിന്റെ പേര്	
വാർഡും, കെട്ടിടനമ്പരും	
വില്ലേജ്	
പോസ്റ്റ് ഓഫീസ്	
ഓക്കാലിറ്റി	
ഫോൺ നമ്പർ	
സ്ഥാപനത്തിൽ നടത്തുന്ന ഇടപാടിന്റെ വിശദവിവരം	
പ്രവർത്തനം ആരംഭിച്ച തീയതി	
ജീവനക്കാരുടെ എണ്ണം	
ജീവനക്കാർ ഹെൽത്ത് കാർഡ് എടുത്തിട്ടുണ്ടോ?	
മാലിന്യ സംസ്കരണത്തിനുള്ള സംവിധാനം ഏത്?	
കുടിവെള്ള സ്രോതസ്സ് ഏതാണ്?	
ബാത്ത്റൂം ടോയ് ലറ്റ് സംവിധാനം ഉണ്ടോ?	
ഭക്ഷണ പാനീയങ്ങൾ കൈകാര്യം ചെയ്യുന്നുണ്ടോ? ഉണ്ടെങ്കിൽ വിശദാംശങ്ങൾ	

അപേക്ഷകന്റെ ഒപ്പ്

ഓഫീസ് - ശ്രവശ്വത്തിന്

തീയതി

സാന്നിറ്ററി സർട്ടിഫിക്കറ്റ് നൽകി/നിരസിച്ചു:

നിരസിച്ചുവെങ്കിൽ കാരണം

പൊതുമന്ത്രി ഇൻസ്പെക്ടർ/ ഹെൽത്സൂപ്പർവൈസർ