

कोणत्याही कंपनीकडून / शासकीय / निमशासकीय / संस्थेकडून / विमा /
मदत घेतलेली नाही. प्रमाणपत्र

मी श्री/श्रीमती ----- पद-----

----- या कार्यालयात कार्यरत आहे. मी सत्य प्रतिज्ञेवर लिहून देतो की, माझे -----

----- (नाते) यांचे दिनांक ----- ते दिनांक ----- कालावधीत

वैद्यकीय उपचार करण्यात आलेले होते. तरी त्याबाबत मी कोणत्याही कंपनीकडून / शासकीय / निमशासकीय

/ संस्थेकडून / विमा / मदत घेतलेली नाही.

कर्मचा-याचे नाव सही

ठिकाण:-

दिनांक:- / /

(कार्यालय प्रमुख स्वाक्षरी शिक्का)