

પ્રમાણપત્ર

તારીખ:-___/___/૨૦___

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે હું ડૉ. _____,
_____ વિભાગ, જી. એમ. ઈ. આર. એસ. મેડિકલ કોલેજ
ખાતે _____ તરીકે ફરજ બજાવવું છું મે માહે _____
-૨૦___ મા કોઈપણ પ્રકારની ખાનગી પ્રેક્ટિસ કરેલ નથી.

સહી

પ્રમાણપત્ર

તારીખ:-___/___/૨૦___

આથી પ્રમાણિત કરવામાં આવે છે કે હું ડૉ. _____,
_____ વિભાગ, જી. એમ. ઈ. આર. એસ. મેડિકલ કોલેજ
ખાતે _____ તરીકે ફરજ બજાવવું છું મે માહે _____
-૨૦___ મા કોઈપણ પ્રકારની ખાનગી પ્રેક્ટિસ કરેલ નથી.

સહી
