

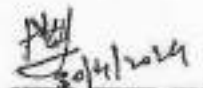
11

स्थानान्तरण सत्र 2024 में सहायक अभियन्ता
सिविल अनुरोध हेतु प्राप्त प्रारूप-2 की सूची।


अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया जा रहा है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री अतुल कुमार वर्मा	प्रभारी सहायक अभियंता	निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला	हरिद्वार/रुड़की	1. विभागाध्यक्ष कार्यालय, देहरादून। 2. क्वालिटी कन्ट्रोल सैल। 3. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून। 4. रा०मा० खण्ड, लो०नि०वि०, देहरादून।	धारा के नाम के आगे ✓ लगावे धारा 17 (1) (ख) (एक) ✓	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण राज्य चिकित्सा परिषद-उत्तराखण्ड (मेडिकल बोर्ड) का दिनांक 21-07-2022 द्वारा निर्गत प्रमाण पत्र (छाया प्रति संलग्न)।	राज्य चिकित्सा परिषद-उत्तराखण्ड मेडिकल बोर्ड द्वारा दिनांक 21-07-2022 के द्वारा भी प्रमाणित किया जा चुका है (छाया प्रति संलग्न)। गम्भीर रोग, रीढ़ की हड्डी के रोग से पीड़ित है।

हस्ताक्षर (कार्मिक)
 नाम -
 पदनाम -


 इ० अतुल कुमार वर्मा
 सहायक अभियंता (सिविल)
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
 नाम -
 पदनाम -


 इ० बलराम मिश्रा
 अधिशासी अभियंता
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड।

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड का कार्यालय, उत्तराखण्ड, देहरादून। 2021-22 का वित्त वर्ष 2021-22 का वित्त वर्ष 2021-22 का वित्त वर्ष

—: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-



Atul
स्वास्थ्य प्रमाणित,
श्री अतुल कुमार वर्मा

Me
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के
उपलब्ध-194/8/1/2022/11406 दिनांक 21.05.2022 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री अतुल कुमार वर्मा उम्र लगभग 47 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु
दिनांक 21.07.2022 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A CASE OF CHRONIC BACKACHE
CAUSE CHRONIC PIVD L3-L4 L5-S1 &
RADICULOPATHY WITH OPERATED ON 14
2018 - NEEDS REGULAR FOLLOWUP
& AVOID PROLONGED SITTING & JOURNIES

पाया गया।

[Signature]
21/07/2022
(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

[Signature]
21/07/2022
(डा० शशिबाला)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Me
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

[Signature]
महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

self attested
[Signature]
राज्य चिकित्सा परिषद
निर्माण खण्ड लो०नि०
पुरोसा, उत्तराखण्ड

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 एचिठक स्थान क्षमता कम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	डी. पुष्पन्त कुमार मिश्रा	सहायक अभियन्ता	जिला खण्ड लोडिंग/पुरोला	हजिदार/रुइसी	1- नि:खण्ड लोडिंग/देहरादून 2- राउतखण्ड लोडिंग/डोईवाला 3- प्रा:खण्ड लोडिंग/देहरादून 4- अ:खण्ड लोडिंग/धरदुब 5- अ:खण्ड लोडिंग/नर्मिकेश 6- अ:खण्ड लोडिंग/सहिया 7- विभागाध्यक्ष कार्यालय देहरादून 8- क्वालिटी कंट्रोल रील देहरादून 9- अ:खण्ड लोडिंग/चकरवाता 10- राउतखण्ड लोडिंग/देहरादून	धारा के नाम के आगे ✓ लगाये <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पाँच) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण राज्य विपिनता परिवर्तन, उत्तराखण्ड (मैट्रिकल बोर्ड) का प्रमाण पत्र संलग्न है। दुर्गम से दुर्गम में स्थानान्तरण	प्रार्थी के जिलाजी विगत 02 वर्षों से वेटरिनेन है एवं प्रार्थी द्वारा लगभग 17 वर्ष दुर्गम क्षेत्र में कार्य किया गया है। पिताजी के देखभाल एवं स्वास्थ्य परीक्षण हेतु प्रार्थी को देहरादून आना जाना पड़ता है। अतः वारिधतिक परिस्थितियों एवं दुर्गम की सेवाओं को मध्य नजर रखते हुए प्रार्थी का स्थानान्तरण उक्त खण्ड में से किसी एक में करने की शूपा कीजिएगा।

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सूक्ष्म स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

OK

हस्ताक्षर (कार्मिक)
 नाम-पुष्पन्त कुमार मिश्रा
 पदनाम- सहायक अभियन्ता

02/05/2024

हस्ताक्षर (कार्यालय/आध्यक्ष)
 नाम- बलराम मिश्रा
 पदनाम- अधिशासी अभियन्ता

प्रेषक,

स्पीड पोस्ट

महानिदेशक / अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

सेवा में,

अधिसासी अभियन्ता,
निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग,
पुरोला।

पत्रांक—

रा०चिकि०परि०-568 / 2022 /

दिनांक: 16 जून, 2022

विषय—

श्री मुक्ति नारायण मिश्रा पिता श्री पुष्पेन्द्र मिश्रा के स्वास्थ्य परीक्षण विषयक।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-194/8/1/2022/12309 दिनांक 28.05.2022 के अनुपालन में श्री मुक्ति नारायण मिश्रा दिनांक 16.06.2022 को राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख अपना स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित हुये, परीक्षण रिपोर्ट आपको इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित की जा रही है।

संलग्नक :- 01 पृष्ठ (परीक्षण रिपोर्ट)

भवदीय,

Lha

सचिव / मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड देहरादून।

Self Attested

सहायक अभियन्ता
निर्माण खण्ड लोकनिर्माण
पुरोला, उत्तराखण्ड

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड।

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, उत्तराखण्ड राज्य के कर्तव्य का पत्र-398 चिकित्सा/2001-143 (वि)/2001 दिनांक 08.05.2001 इतर संकेत

—:: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र ::—



LTI



हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री मुक्ति नारायण मिश्रा

Mu
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-195/8/1/2022/12309 दिनांक 28.05.2022 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री मुक्ति नारायण मिश्रा पिता श्री पुष्पेन्द्र मिश्रा उम्र लगभग 78 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 16.06.2022 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A CASE OF POTTS SPINE (D9-D10)
IC. TUBERCULOSIS OF SPINE - POWER.
Grade III. - NEEDS REGULAR FOLLOW
UP & TREATMENT

पाया गया।

Sinh
16/6/2022
(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Mu
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Self Attested
T. P.
सहायक अभियन्ता
निर्माण खाण्ड लोकोपयोगिता
पुरोत्सा, उत्तरकाशी

Sharma
16/6/2022
(डा० शशिबाला)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Mu
महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

सेवा में,

प्रमुख अभियंता एवं विभागाध्यक्ष
उत्तराखण्ड लोक निर्माण विभाग,
देहरादून।

विषय :- अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण के सम्बन्ध में।
द्वारा - उचित माध्यम

महोदय,

सादर अवगत कराना है कि प्रार्थी द्वारा लोक निर्माण विभाग में लगभग 19 वर्ष 6 माह की सेवायें दी जा चुकी हैं जिसमें मेरे द्वारा अपने 19 वर्ष 6 माह के कार्यकाल में 16 वर्ष दुर्गम क्षेत्र (थराली, धूमाकोट और पुरोला) में सेवायें दी गयी हैं, मुझे नि०खण्ड लो० नि० वि० में 06 वर्ष का समय हो चुका है। प्रार्थी को 06 वर्ष से कार्यरत होने के कारण क्षेत्रीय जनप्रतिनिधियों की अपेक्षाएँ भी बढ़ जाती हैं, जिससे कार्य करने में परेशानी का सामना करना पड़ रहा है। प्रार्थी द्वारा अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण हेतु Transfer Act में वर्ष 2022 और 2023 में प्रयास किया गया था।

वर्तमान में प्रार्थी के पिताजी Potts Spine (Tuberculosis of Spine) से पीड़ित हैं। जिस वजह से वह विगत 02 वर्ष से Bed Ridden हैं। इस बीमारी के अतिरिक्त ब्लड प्रेशर, और नसों में सुन्नपन जैसी गम्भीर बीमारियों के कारण मुझे पिताजी के उपचार/स्वास्थ्य परीक्षण हेतु समय-समय पर देहरादून जाना पड़ता है। जिससे मेरे द्वारा कराये जा रहे राजकीय कार्यों के संपादन में अनेक कठिनाईयों का सामना करना पड़ता है। प्रार्थी द्वारा वार्षिक स्थानान्तरण के समय भी अपने पिताजी का स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण-पत्र (महानिदेशक, राज्य चिकित्सा परिषद् उत्तराखण्ड देहरादून) द्वारा जारी संलग्न किया गया था (सुलभ संदर्भ हेतु छायाप्रति संलग्न) और देहरादून के किसी भी खण्ड में स्थानान्तरण हेतु अनुरोध किया गया था।

प्रार्थी की दुर्गम क्षेत्र की सेवाओं, पारिवारिक परिस्थितियों तथा पुरोला खण्ड के 06 वर्ष के दीर्घकालिक कार्यकाल को ध्यान में रखते हुए प्रार्थी का स्थानान्तरण निम्न में से किसी एक खण्ड में करने की महान कृपा कीजियेगा, ताकि प्रार्थी अपने राजकीय दायित्वों के साथ-साथ पारिवारिक कर्तव्यों का भी निर्वहन कर सकें। प्रार्थी इस उपकार हेतु आपका आजीवन आभारी रहेगा।

1. अ० ख० लो०नि०वि० शत्युड़।
 3. रा० मा० ख० लो०नि०वि० डोईवाला
 5. मु० अभियन्ता क्षेत्रीय कार्यालय लो०नि०वि० दे०दून।
- संलग्न - उपरोक्तानुसार (02 पृष्ठ)

2. अ० ख० लो०नि०वि० सहिया।
4. नि० ख० लो०नि०वि० चंबा।

(पुष्पेन्द्र कुमार मिश्रा)
सहायक अभियंता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

अग्रिम प्रतिलिपि:-

1. सचिव महोदय, लो०नि०वि० उत्तराखण्ड शासन देहरादून का सादर सूचनार्थ प्रेषित।
2. प्रमुख अभियन्ता एवं विभागाध्यक्ष, लो०नि०वि०, उत्तराखण्ड देहरादून को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु सादर प्रेषित।

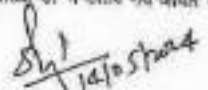
10/5/2024

सहायक अभियंता
निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, पुरोला

अनुरोध को आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	अवमान कक्षा/वर्ग का नाम	दूर उम्र/सहायक का नाम	आवक्यताएं हेतु 10 वैधिका प्रमाण प्रमाणित करने में	एवं की कल तिलकी अथवा अनुरोध किता नवा है।	दिपती	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	डी सुरेश सिंह	सहायक अध्यापक	विशेष कक्षा सहायक/विशेष शिक्षक	सहायक अध्यापक/अधीक्षक	1- कक्षा का नाम (संकेतिक संकेत)। 2- विषय का नाम, संकेतिक संकेत। 3- कक्षा का नाम, संकेतिक संकेत। 4- विषय का नाम, संकेतिक संकेत। 5- विषय का नाम, संकेतिक संकेत।	क्या मैं कक्षा में हूँ? <input checked="" type="checkbox"/> हाँ/नहीं <input checked="" type="checkbox"/> कक्षा 17 (1) (अ) (अ) <input type="checkbox"/> कक्षा 17 (2) (अ) (अ) <input type="checkbox"/> कक्षा 17 (3) (अ) (अ) <input type="checkbox"/> कक्षा 17 (4) (अ) (अ) <input type="checkbox"/> कक्षा 17 (5) (अ) (अ) <input type="checkbox"/> कक्षा 17 (6) (अ) (अ) <input type="checkbox"/> कक्षा 17 (7) (अ) (अ)	अनुभव प्राप्त का दिनांक	इस कक्षा में मैं 25.01.2018 से कार्यरत हूँ। दिनांक 15.05.2018 को मुझे 08.05.2018 दिनांक का अवकाश में ले चुके हैं। और मुझे कक्षा का नाम से कक्षा का नाम में कार्यरत 17 वर्ष पूर्व की कक्षा में कार्यरत हैं और कक्षा का नाम में कार्यरत हैं।

नोट- कोड संख्या-07 में दर्शाए गये आधार के सम्बन्ध में उचित रूप से निर्दिष्ट प्रमाण पत्र उपलब्धि प्राप्त करने अनिवार्य होगा, सभी सूत्र की भरत को आधार के साथ किया जा सकेगा।


 हस्ताक्षर (अधीक्षक)
 नाम- सुरेश सिंह
 पदनाम- सहायक अध्यापक


 हस्ताक्षर (अधीक्षक)
 नाम- सुरेश सिंह
 पदनाम- अध्यापक अध्यापक

अनुरोध को आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पता	संबंधित श्रेणी का नाम	सूचना/विवरण का नाम	अनुरोध के विवरण	एवं की मांग जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है	दिनांक	
1	सुधीर कुमार	राहायग अश्रिमता	प्रमुख अधिकारी एवं निष्ठापक कार्यालय लो. सि. वि. देहरादून	संवेदी (हरिद्वार)	1- रि. सं. लाहौर 2- रि. सं. हरिद्वार 3- रि. सं. रायबरेली 4- रि. सं. मुंबई 5- रि. सं. देहरादून 6- रि. सं. दिल्ली 7- रि. सं. जयपुर 8- रि. सं. नैनीताल	घरा के नाम के आवे ✓ लवाये <input checked="" type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (एक) <input checked="" type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> घरा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत कारणों का विवरण वि. सं. लाहौरा प्रस्तावना मा. गिरि सं. वि. सं. लाहौरा का प्रस्ताव	20/04/20 मो. सं. 83% वि. सं. लाहौरा का प्रस्ताव मा. गिरि सं. वि. सं. लाहौरा का प्रस्ताव

नोट- कौशल संख्या-07 में बंटाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र लाभार्थी छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एच.टी. की मांग के अंतर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्यालय) *Auditor*
 नाम- सुधीर कुमार
 पदनाम- राहायग अश्रिमता (सि. वि.)
 कार्यालय वि. सं. लाहौरा लो. सि. वि. देहरादून

(Signature)
 अधिकारी अनुरोध
 कार्यालय प्रमुख अश्रिमता एवं विद्यालय
 लोक सेवा विभाग, देहरादून

हस्ताक्षर (कार्यालय)
 नाम-
 पदनाम-

OK

OFFICE OF CHIEF MEDICAL OFFICER, HARIDWAR
DISABILITY CERTIFICATE

Certificate No. M-2/ 17812

Date: 5/07/13

This is to certify that Shri/Smt./Kum. Akshat Chaudhary
 Son/Wife/Daughter of Shri Sudha Kumar Age 19 Sex M
 Address 36/12 (657) Shiv, Jhansi Identification Mark (s) 2. Black mole
 is suffering from permanent disability of following category. on left upper arm.



[Signature]
 Chief Medical Officer
 Haridwar

- A. Locomotor or Cerebral palsy:**
- (f) BL-Both legs affected but not arms
 - (g) BA-Notharms affected (n) Impaired reach
 - (h) BLA-Both legs and both arms affected
 - (i) OL-One Leg affected (right of left)
 - (j) OA-One arms affected
 - (k) DH-Stiff back and hips (can not sit or sleep)
 - (l) MW-Muscular weakness and limited physical endurance

- B. Blindness or Low Vision**
 (i) B-Blind (ii) PB-Partially Blind
- C. Hearing Impairment:**
 (i) D-Deaf (ii) SD-Sensori neural loss (83%)
 (iii) PD-Partially Deaf (Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive/non-progressive/likely to improve/not likely to improve reassessment of the case is not recommended / is recommended after a period of X years X Months.

3. Percentage of disability in his/her case is 83% Eighty three percent percent.

4. Sh /Smt./Kum. Akshat Chaudhary Meets the following physical requirements

- | | |
|---|--------|
| (i) F-can perform work by manipulating with fingers | Yes/No |
| (ii) PP-can perform work by pulling and pushing | Yes/No |
| (iii) L-can perform work sitting | Yes/No |
| (iv) KC-can perform work by kneeling and crouching | Yes/No |
| (v) B-can perform work by bending | Yes/No |
| (vi) S-can perform work by sitting | Yes/No |
| (vii) ST-can perform work by standing | Yes/No |
| (viii) W-can perform work by Walking | Yes/No |
| (ix) SE-can perform work by Seeing | Yes/No |
| (x) H-can perform work by hearing /speaking | Yes/No |
| (xi) RW-can perform work by reading and writing | Yes/No |

[Signature]
 Member
 Medical Board

[Signature]
 Member
 Medical Board

[Signature]
 Chief Medical Officer
 Chairperson
 Medical Board

8534050050 (For Appointment)
9927185515
10:30am to 1:30pm
5:30pm to 7:00pm



आरोही मैडिकेयर

मानसिक रोग चिकित्सालय

एन.एन.टी. गिफ्ट गावा फार्मास, रायची - 247687

मरीज का नाम Akshat choudhary उम्र 23/11
पता Rovate दिनांक 10-Feb-21
B.P. : Wt. : 92kg

डॉ. किरन सिंह

MBBS, MD, DNB, MIPS

मनोचिकित्सक

पूर्व चिकित्सक : AIIMS, MGIMS (MAH)

समस्यायें :-

- निर्गी
- मन न लगना
- थिडथिडापन
- नींद न आना या ज्यादा आना
- उत्तेजित रहना
- घबराहट होना
- शक करना, भूल जाना
- बिना कारण डरना
- बसों का दर्द
- सिर दर्द/माइग्रेन
- तनाव/डिप्रेशन
- दोरे पड़ना
- ज्यादा गुस्सा आना
- नशे की लत
- आत्महत्या के विचार
- यादाश्त कम होना
- उदासी/विन्ता
- घटम
- बच्चों में व्यापारिक परेशानियाँ
- नशा
- रोबल रोग
- बार-बार किसी काम को करना (OCD)
- तेजी का आना
- भुमसुम/उदास रहना
- चक्कर आना
- रोगों का सफलता पूर्वक इलाज
- ECG, EEG की सुविधा उपलब्ध है।

Re.

OT cangant 115 mg 00

1-x-x. 807687

sum. 3 mg 00

OT olam 10 mg 115

x-x-1 807687

in Yc uc.

X iscleat

(W)

इमरजेंसी सुविधा उपलब्ध नहीं है।

*असुविधा से बचने के लिये पहले फोन पर सज्ज हो।

शनिवार सायं काल एवं रविवार पूर्ण अवकाश

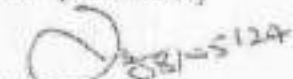
यह पत्रों सह दिनों के लिये मान्य है।

NOT VALID FOR MEDICO LEGAL PURPOSE

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप -2

क्र.सं.	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियोजनाक्रम में	एकट की धारा जिससके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	अधीशासी	निर्माण खण्ड, लोडनि०वि०, लोहाघाट।	कडवासीत नगर/ काशीपुर	1- चतुर्थ गुल, लखमसिंहनगर 2- नि०ख० (ए०बी०बी०) कडवापुर 3- रा०मा०खण्ड देहरादून 4- क्वार्टरिड कन्ट्रोल रोल देहरादून 5- मुख्य अभियन्ता कार्यालय लो०नि०वि० हस्ताक्षरी। 6- निर्माण खण्ड लखमपुर। 7- निर्माण खण्ड काशीपुर। 8- निर्माण खण्ड खटीमा।	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (दो) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पांच) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छ) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत सबको का विवरण सयत की पत्नी का सापेक्षित सम्पत्तीय निश्चिन्ता प्रमाण- पत्र एवं इलाज से सम्बन्धित सापेक्षित अभिलेख (संलग्न पृष्ठ सं० 1 से 41)	प्रार्थी को पत्नी जीमता सुनीता देवी, निम्न उल्लेखित 20 वर्ष से रूग्णोद्योग अर्थात् रूग्ण बीमारी से पीडित है जो कि उसके स्थान पर और अधिक बढ़ जाती है। जन्मदिन में इस काम को साय-साय जनवरी 2024 में प्रार्थी पत्नी मुदा रोग एवं ऑटोइम्यून किजीज से पीडित है तथा उसके दोनों मुदा 50 प्रतिशत से अधिक खर्च हो चुके हैं, जिसका कारण वर्तमान में जेथीत इन्सिडेंट नोटिस में बतलाया है। जिस हेतु प्रार्थी को स्वयं-स्वयं नोटिस हेतु पत्नी को प्रकर जेथीत इन्सिडेंट नोटिस जाना पड़ता है। अतः अनुरोध है कि मेरी उपरोक्त परिस्थितीया पर सहानुभूतिपूर्वक विचार कर्ते हुए मेरा स्थानान्तरण क्रम में 10 में उल्लेखित स्थानों में से किसी एक स्थान पर करने की कृपा करे।	

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यायक)
 नाम - डी. इन्द्र प्रिय देवी
 पदनाम - सहायक अधीशासी
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, लोहाघाट।

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यायक)

 नाम - डी लजपत चौहान
 पदनाम - अधीशासी अभियन्ता,
 निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, लोहाघाट।

OK

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री ब्रजेन्द्र सिंह ठाकुर, सहायक अभियन्ता, कार्यालय-अधिशाली अभियन्ता निर्माण खण्ड लो0 नि0 वि0 लोहाघाट, जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपनी पत्नी श्रीमती सुनीता ठाकुर, उम्र 48 वर्ष को स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 07.05.2024 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष प्रस्तुत किया गया।

श्रीमती सुनीता ठाकुर, का स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा अभिलेख सिर्मजी हास्पिटल देहरादून व जिला चिकित्सालय चम्पावत व गोंयल किडनी केंटर सेंटर काशीपुर व मैक्स हास्पिटल नई दिल्ली एवं जे0पी0 हास्पिटल नोयडा, से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त इन्हें CXK of HT & CKD T ANA + SLE & Rheumatology criteria autoimmune disease & IBS I need regular follow up in Rheumatology Dept

श्रीमती सुनीता ठाकुर,
ह0 प्रमाणित

(श्री ब्रजेन्द्र सिंह ठाकुर)

ह0 प्रमाणित

मुख्य चिकित्साधिकारी,
नैनीताल



Self Attested

Jaya Singh
अध्यक्ष
MEDICAL BOARD
NAINITAL

सदस्य
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

[Signature]
सदस्य
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक- एम-5/2024-25

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधिशाली अभियन्ता निर्माण खण्ड लो0 नि0 वि0 लोहाघाट, को उनके पत्र दिनांक 04.05.2024 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

दिनांक मई 07, 2024

[Signature]
मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
नैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र०स०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	विनोद कुमार	प्रभारी सहो अभि०	निर्माण खण्ड लो०नि०वि० कपकोट	अल्मोड़ा / ट्वानाहाट	1. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० रुद्रपुर 2. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० हल्द्वानी 3. निर्माण खण्ड लो०नि०वि० रामनगर 4. अस्थायी खण्ड लो०नि०वि० भवाली 5. मुख्य अभियंता कार्यालय, लो०नि०वि० हल्द्वानी	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण पत्नी के इलाज की डाक्टर रिपोर्ट <i>उपलब्ध पत्र</i>	पत्नी को चलने फिरने में बहुत दिक्कत है और मुझे ही इनको देखना पड़ता है।

नोट:- कालम संख्या -07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में तक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा. तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम विनोद कुमार
पदनाम प्रभारी सहो अभि०

27-04-2024

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)
 अधिकारी अभियंता
 निर्माण खण्ड, लो० नि० वि०
 कपकोट (बागेरवर)
 नाम
 पदनाम

23/04/24



Department of Empowerment of Persons with Disabilities,
Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India
Acknowledgement / Resident Copy

Issuing Medical Authority
Nainital, Uttarakhand
(Specialist Referral Form)

Registration Number: 0511/00000/2404/0773166

Name of the Applicant: Usha Arya

Disability / Disabilities: Locomotor Disability

Date & Time: 22/04/2024 8:32 AM

Age: 41 Year(s)

Gender: Female



Referred to:

Specialist	Hospital Name	Hospital Address	Type of Disability
Dr P. C Pant	Soban Singh Jeena base Hospital Haldwani	Soban Singh Jeena base hospital haldwani, near roadways bus stand haldwani, Nainital, Uttarakhand	Locomotor Disability

Assessment Review Comments:

Anteroposterior (A/P) hip & ROM
of (R) hip
Disability of the person
Reviewed after Two years,

This is computer generated receipt and does not require any signature. You need to visit the concerned assessment specialist with this slip. You are advised to visit within 15 days from 22/04/2024.

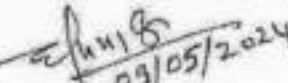
अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

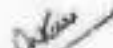
खण्ड का नाम:-निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 रानीखेत।

क्र. सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरिधता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी	
						7	8		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	दान सिंह	सहायक अभियन्ता (सिविल)	निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, रानीखेत	पिथौरागढ़ /गंगोलीहाट	1- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड, रानीखेत	धारा के नाम के आगे 'टिक' लगायें	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण	<p>प्रार्थी को वर्तमान में आयु 55 वर्ष से अधिक है। 'रिप्ले डिस्क' / लम्बर स्पोजेलाइटिस की पीड़ादायक बीमारी के कारण पैदल चलने, बार-बार यात्रा करने में अत्यन्त कठिनाई है। नव निर्माण के मोटर मार्गों के कार्यों एवं अन्य निम्न-निम्न, अलग-अलग दूरस्थ स्थित कार्यों / वादों/परिधादों हेतु बार-बार यात्राएं करने के कारण उक्त समस्या और अधिक गम्भीर हो जाती है तथा उपचार प्रभावित होता है। शासनादेश सं० 30/XXX-2/2018-30(13) 2017 दिनांक 06 फरवरी 2018 के बिन्दु 7-(छ)/स्थानान्तरण अधिनियम-2017 की धारा-13-(6)/धारा 17(1) (ख) -(छ) में से किसी भी धारा के अन्तर्गत, निवेदन है कि प्रार्थी का स्थानान्तरण कालम (7) में वरिधता क्रम में अंकित किसी एका खण्ड में करने की कृपा कर दी जाय।</p>	
						धारा 17(1) (ख) (एक)	✓		
						धारा 17(1) (ख) (दो)	✗		
						धारा 17(1) (ख) (तीन)	✗		
					2- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड, लोहाघाट	धारा 17(1) (ख) (चार)	✗		<p>मण्डलीय चिकित्सा परिषद नैनीताल द्वारा प्रदत्त चिकित्सा प्रमाण पत्र (स्वप्रमाणित)-संलग्न</p>
						धारा 17(1) (ख) (पांच)	✗		
						धारा 17(1) (ख) (छ)	✓		
						धारा 17(1) (ख) (सात)	✗		
						धारा-13-(6)	✓		

पत्रांक - 1148/1GE दि० - 09/05/2024

नोट:- कालम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छावाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।


 09/05/2024
 हस्ताक्षर (कार्मिक)
 नाम-दान सिंह
 पदनाम- सहायक अभियन्ता


 अधिसासी अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0,
 रानीखेत

गण्डतीर्थ चिकित्सा परिषद - नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री दाम सिंह उम्र 53 कार्यलय-अधिकांसी अधिवन्ध निगम लम्ब लोक निर्माण विभाग रानीखेत, अल्मोड़ा जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 07.12.2021 को गण्डतीर्थ चिकित्सा परिषद के सम्म त उपस्थित हुये।

इसका स्वास्थ्य परीक्षण मेडिकल फण्डे चिकित्सा विभागालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण जो राष्ट्रीय चिकित्सालय रानीखेत/बन्दन हायपोसिस सेंटर हल्द्वारी/अथवा एम्ड सिलेब सेंटर हल्द्वारी/विनोद ज्योषी चिकित्सालय हल्द्वारी/ईएनटी/मेट्रोपेथी चिकित्सालय हल्द्वारी से प्रस्तुत है उसे संज्ञान में लिया गया।

*mediculation. K/C of multiple level lvs with
travelling, lifting of heavy weights
& climbing stairs.*

डा. दाम सिंह
डा. प्रमोद/सीएनटी
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल

Dr. J. K. Singh
MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

Dr. J. K. Singh
MEMBER
MEDICAL BOARD
NAINI TAL

कार्यालय- मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक- एम-5/2021-22

प्रतिशोध- अधिकांसी अधिवन्ध निगम लम्ब लोक निर्माण विभाग रानीखेत, अल्मोड़ा को उनके पत्र दिनांक 04 दिसम्बर, 2021 के क्रम में सूचनाएं प्रेषित।

दिनांक 07 दिसम्बर 2021

हस्ताक्षर
स्वप्रमाणित
09/05/2024
(दाम सिंह)

मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
नैनीताल



NAME OF PATIENT	Mr. RAVINDRA DIMRI	TEST REQUEST ID	10129670
AGE / GENDER	36 Yrs Male	TEST / REGISTERED ON	02/03/2023 14:40:27
Referred BY DR	Dr. PRIYANK UNIYAL	REPORTED ON	02/03/2023 16:21:55

PNDT Registration No: AA/DM/212

MRI CERVICAL SPINE

MR Imaging was performed on a 1.5 Tesla MR Scanner using dedicated 10 Channel Spine array

Protocol:

Sagittal: T1 TSE, T2 TSE

Axial: T1 TSE, T2 TSE, GRE

Findings:

The study shows loss of normal curvature and alignment of the cervical spine.

Loss of normal signal intensity and right lateral protrusion of C5/C6 and C6/C7 discs is seen indenting the thecal sac and right C6 and C7 exiting nerve roots.

Vertebral bodies are normal in height, morphology and signal intensity.


Cervical spinal cord is normal in morphology and signal intensity.

The CVJ and CMJ are normal.

No evidence of any cord / neural compression / canal stenosis elsewhere.

No gross para-spinal pathology.


IMPRESSION: Dessiccation and right lateral protrusion of C5/C6 and C6/C7 discs indenting the thecal sac and right C6 and C7 exiting nerve roots.

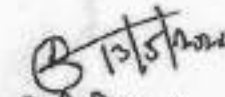

Dr. Paramveer Singh Sabharwal
MD, DM (Neuroradiology)
UKMC 2197

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	ग्रह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परीयता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
						धारा के नाम के आगे ✓ लगायें	प्रस्तुत कारणों का विवरण	
	प्रवीन	सहायक अभियन्ता	प्रमुख अभियन्ता एवं विभागध्यक्ष कार्यालय लोक निर्माण विभाग देहरादून	ऊधमसिंहनगर/किच्छा	1-निर्माण खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 2-स०भा० खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 3-स०भा० खण्ड लो०नि०वि० लोईवाला 4-प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 5-अस्थायी खण्ड लो०नि०वि० ऋषिकेश	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	मेरी एन्जियोप्लास्टी होने का राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड द्वारा निर्गत प्रमाण पत्र संलग्न है।	

कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 
 नाम- प्रवीन
 पदनाम- सहायक अभियन्ता
 कार्यालय कार्यालय लोक निर्माण विभाग देहरादून


 (प्रवीन सिंह)
 जिला अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
 नाम-
 पदनाम-

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सचिव
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून ।

सेवा में,

मुख्य अभियन्ता स्तर-1
कार्यालय उत्तराखण्ड, लोक निर्माण विभाग, देहरादून।

पत्रांक-

रा0चिकि0परि0-568/2024/726

दिनांक:

18 जनवरी, 2024

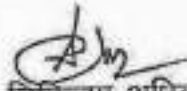
विषय:-

श्री प्रवीण के स्वास्थ्य परीक्षण के सम्बन्ध में।

महोदय,

उपर्युक्त विषयक महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-19प/8/1/2023/टी0सी/36345 दिनांक 16 नवम्बर, 2023 के अनुपालन में दिनांक 18 जनवरी, 2024 को राज्य चिकित्सा परिषद के सम्मुख श्री प्रवीण अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित हुये/हुई, परीक्षण रिपोर्ट आपको इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित की जा रही है।

भवदीय,


सचिव/मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।



-: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-

[Signature]

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री प्रवीण

[Signature]
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-पत्रांक-19प/8/1/2023/टी0सी/38345 दिनांक 16 नवम्बर, 2023 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री प्रवीण उम्र लगभग 46 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 18 जनवरी, 2024 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें *Polycythemia & Budd-Chiari Syndrome*
angioplasty & BIPPS done 2018. at present
no medication. usg abdomen - Not Significant.

[Signature]
(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

[Signature]
(डा० शशिवाला वासन)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

[Signature] 18/1/24
(डा० प्रवीण पवार)
फिजिशियन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

[Signature]
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

[Signature]
महानिदेशक/अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Patient Name: Mr. Praveen Saxena
Age / Sex: 45 year(s) 6 month(s) 23 day(s) /Male
Maxid: MDDN.46745
Doctor Name: Dr. Mayank Gupta
Department: Medical Gastroenterology

Location: Dehradun
Date: Wednesday, January 24, 2024 1:25 PM
Invoice No: DNCS1581225
Referred By: SELF
Speciality: Gastroenterologist

Allergy: No Known Allergy

Provisional Diagnosis

Chronic Budd-Chiari syndrome
 LHV Ballooning done
 JAK-2 Negative
 Polycythemia
 FS 11.4 KPa

Medicine Advised

Sno	Medicine	Schedule	Instruction	Route	Days
1	ACITROM 3MG TAB (1X30) (ACENOCOUMAROL 3 MG)	ONCE IN A DAY		ORAL	30
2	PANTOCID 40MG TAB (1X15) (PANTOPRAZOLE 40 MG)	ONCE IN A DAY	EMPTY STOMACH	ORAL	30

Advice

Patient in a case of polycythemia / should avoid going to high altitude
 Fit to work in field at plains

Dr. Mayank Gupta
 Gastroenterologist
 State Registration No. UMC-1447

Max Super Speciality Hospital, Dehradun
 Near Indian Oil Petrol Pump, Naini, Mussoorie
 Diversión Road, Dehradun - 248 001
 For medical service queries or appointments,
 call +91-135-7193 000
www.maxhealthcare.in

Max Healthcare Institute Limited
 Regd. Office: 401, 4th Floor, Man Excellence, S. V. Road,
 Vile Parle (West), Mumbai, Maharashtra - 400 056
 T: +91-22 2610 0461/62
 E: secretaria@maxhealthcare.com
 (CIN: L72200MH2008PLC322954)



MSD/CON/1447/15/11/23

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरिष्ठता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।	टिप्पणी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	श्री गिरीश चन्द्र जोशी	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लोक निर्माण विभाग, मैनीताल।	अल्मोड़ा/ अल्मोड़ा	1- नि0ख0 हल्द्वानी 2- नि0ख0 रामनगर 3- प्रा0 ख0 रुद्रपुर 4- नि0ख0 कारीपुर 5- रा0र0मा0 खण्ड हल्द्वानी 6- मुख्य अभियन्ता कार्यालय हल्द्वानी	धारा के नाम के आगे ✓ लगायें <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत सभ्यों का विवरण प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक, बी0डी0 पाण्डे, मैनीताल द्वारा निर्गत प्रमाण पत्र की प्रति। आधार कार्ड की प्रति।	Fracture Proximal Humerus (Doctor's advice-At Present Fi for Light Duty) वरिष्ठ कार्मिक हैं, आयु 57 से अधिक है।

नोट- कालम संख्या 7 में दर्शाये गये आधार के संबंध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छाया प्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जायेगा।

मूल में संस्तुति सहित

(गिरीश चन्द्र जोशी)

सहायक अभियन्ता

निर्माण खण्ड-लोक निर्माण विभाग,
मैनीताल

(इं. संजय कुमार प्रोण्डेय)

अधिसासी अभियन्ता
निर्माण खण्ड लो0नि0वि0
मैनीताल।

प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक,
बी०डी० पाण्डे जिला चिकित्सालय,
नर्नाताल।

दिनांक १

अधिरात्री अभियन्ता,
निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग,
नर्नाताल।

पत्र संख्या-

एम-२/२०२३-२४/१०

दिनांक- 16.02.2024

विषय-

श्री गिरीश चन्द्र जोशी सहायक अभियन्ता के स्वास्थ्य प्रमाण-पत्र प्रतिहस्ताक्षरित किये जाने के संबंध में।

विषय

उपरोक्त विषयक आपके पत्र संख्या-३१७/३ ई० दिनांक-१६.०२.२०२४ के क्रम में श्री गिरीश चन्द्र जोशी पुत्र स्व० श्री पूरन चन्द्र जोशी उम्र लगभग-५६ वर्ष, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक-१६.०२.२०२४ का आ० पी० डी० संख्या- ..१६१२३३०२ के द्वारा इस चिकित्सालय में उपस्थित हुए। जिनके हस्ताक्षर प्रमाणित किये जा रहे हैं। इनके दिनांक-०९.०१.२०२४ से दिनांक-१५.०२.२०२४ तक कुल ३८ दिन के उपचारार्थीन अवधि के चिकित्सा अवकाश को संज्ञान में लिया गया। तथा, इस चिकित्सालय के आर्थोपेडिक सर्जन डॉ० नरेंद्र सिंह ने जांच के उपरान्त श्री गिरीश चन्द्र जोशी को

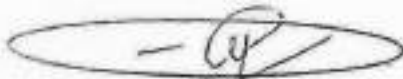
FRACTURE PROXIMAL HUMERUS

(RT)

रोग के नियम उपचारित पाया।

चिकित्सक की राय में वर्तमान में श्री गिरीश चन्द्र जोशी अपने सामान्य कार्य (Doctor's Advice-At Present Fit for Light Duty) करने हेतु स्वस्थ हैं। इनके चिकित्सा अवकाश को नियमित किये गए अनुचित हस्त पुस्तिका खण्ड दो से चार के सहायक नियम ७६ (बी) के अन्तर्गत छूट प्रदान करने की अनुमति की जाती है। इनके चिकित्सा प्रमाण-पत्रों को प्रतिहस्ताक्षरित कर मूलरूप में प्रत्यावर्तित किया जा रहा है।

सम्बन्ध- उपरोक्तानुसार।




(श्री गिरीश चन्द्र जोशी)
के हस्ताक्षर प्रमाणित।

प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक
बी०डी० पाण्डे जिला चिकित्सालय
नर्नाताल।

भयदीय

प्रमुख चिकित्सा अधीक्षक
बी०डी० पाण्डे जिला चिकित्सालय
बी०डी० पाण्डे जिला (पु०) चिकित्सालय,
नर्नाताल,


24-4-24
24/4/24



हिमालयन अस्पताल Himalayan Hospital

(A CONSTITUENT UNIT OF SWAMI RAMA HIMALAYAN UNIVERSITY)

Himalayan Institute of Medical Sciences
SWAMI RAMNAGAR, JOLLY GRANT, DEHRADUN (UTTARAKHAND) INDIA
Ph. +91-135-2471200, 2471300

O.P.D. CARD

HIMALAYAN HOSPITAL
SWAMI RAM NAGAR P O DOIWALA
Reg Date 21/02/2024
Patient ID: 3568203
Dr. Rajkumar 52 Y/M
S/Cephool singh
PREET VIHAR ROORKHI HARIWAR UTTARAKHAND INDIA
Mobile- 9456577525

KALPTARU QUALITY MEDICINE STORE

यहाँ पर सभी प्रकार की गुणवत्ता वाली दवाईयां उचित मूल्य पर उपलब्ध हैं।
हिमालयन अस्पताल

"For Obstetric Ultrasonography personal identity proof is compulsory"
गर्भवती महिलाओं की अल्ट्रासाउण्ड जाँच के लिए फोटो पहचान पत्र अनिवार्य है।

नोट:- दवा के दुष्प्रभाव की जानकारी चिकित्सक / नर्सिंग स्टाफ को अवश्य दें।
अथवा फार्माकोलॉजी विभाग 0135-2471-328 में सम्पर्क करें।

कृपया डॉक्टर से ऑनलाइन परामर्श के लिए
गूगल प्ले स्टोर से हिमसंजीवनी ऐप डाउनलोड करें।
या वेब पोर्टल द्वारा <https://himsanjeevani.com/index.html>
का उपयोग करें

डॉ. महेन्द्र वैश्य

S. MD (Radiodiagnosis), MBA
(Consultant Radiologist)
(Reg. No. 1730)

(Mobile: 98370-21004)

डॉ. पार्थ वैश्य

MBBS, MD (Radiodiagnosis),
(Consultant Radiologist)
(Reg. No. 14244)

Name: Mr. Raj Kumar

Age: 51 years Sex: M

Date: 19/ Feb/ 2024

Ultrasound Examination for Abdomen

- Liver is normal in echotexture, along with normal intrahepatic biliary radicals and intrahepatic vascular channels.
- Gall bladder is normal in size, shape & position. Wall thickness is 1.9 mm.
- Common bile duct is normal in caliber (2.9 mm).
- Pancreas shows normal echotexture.
- Spleen shows mild enlargement having homogenous echotexture.
- Both kidneys are normal in size, shape and position, with normal differentiation of cortex and medulla.
- Both ureters not visualized (normal).
- No evidence of free fluid in peritoneal cavity, or significant lymphadenopathy.
- Bladder is normal in size, shape and position.

Impression: Splenomegaly (moderate).

Differential diagnosis:

1. Chronic malaria.
2. Chronic myeloid Leukemia.

(Radiologist)

Dr. Mahendra Vaish,
MBBS, MD(Radio-Diagnosis),
MBA(IICA).

Dr. Mahendra Vaish

Dr. Parth Vaish

उत्तरांचल डायग्नोस्टिक सेन्टर
बि.एम.एम. मार्केट, रेलवे रोड, हडको (लखनऊ)

Dr. Parth Vaish



Himalayan Institute of Medical Sciences

Himalayan Central Diagnostic & Research Laboratory

Swami Ram Nagar P.O. Jolly Grant Dehradun-248016

Tel +91-135-2471200, 2471300 Fax: 0135-2471317



Patient Name Mr. Rajkumar

UHID/IP No 356S203

Age/Gender 52 Yrs/Male

Bed No/Ward OPD

Mob. No. 9456577525

Referred By Dr. BAVEJA AVRITI

Lab No 5176062

Sample Date 22/02/2024 10:57AM

Receiving Date 22/02/2024 11:32AM

Report Date 22/02/2024 2:41PM

Report Status Final



HAEMATOLOGY

Test Name	Result	Unit	Biological Ref. Range
CBC (HB TLC DLC PLATELET COUNT) Sample: WHOLE BLOOD EDTA			
HAEMOGLOBIN (Hb%) Spectrophotometry	9.80 L	g/dL	13.00 - 18.00
TLC Optical count/Microscopy	217.80 H	thou/cumm	4.00 - 10.00
PLATELET COUNT Impedance count/Microscopy	117.00 L	thou/cumm	150.00 - 400.00
Differential Leucocyte Count (DLC)			
NEUTROPHIL Optical count/Microscopy	69	%	55.00 - 70.00
LYMPHOCYTE Optical count/Microscopy	01 L	%	20.00 - 40.00
EOSINOPHIL Optical count/Microscopy	03	%	0.00 - 6.00
MONOCYTE Optical count/Microscopy	09	%	2.00 - 10.00
BASOPHIL Optical count/Microscopy	05 H	%	0.00 - 1.00
BLAST Manual / Microscopy	02 H	%	
MYELOCYTE Manual / Microscopy	03 H	%	
METAMYELOCYTE Manual / Microscopy	08 H	%	
ABSOLUTE NEUTROPHIL COUNT Calculated	150.28 H	thou/cumm	2.00 - 7.00
ABSOLUTE LYMPHOCYTE COUNT	1.18	thou/cumm	1.00 - 3.00
ABSOLUTE EOSINOPHIL COUNT Calculated	6.53 H	thou/cumm	0.200 - 0.500
ABSOLUTE MONOCYTE COUNT Calculated	13.07 H	thou/cumm	0.20 - 1.00
ABSOLUTE BASOPHIL COUNT Calculated	10.89 H	thou/cumm	0.02 - 0.10
Remark			

Impression:- Myeloproliferative neoplasm.
Suggest:- Molecular studies for BCR-ABL1 fusion-gene for a possibility of CML.

--End Of Report--

Mansi Kaly
DR. MANI KALY



Himalayan Institute of Medical Sciences

Himalayan Central Diagnostic & Research Laboratory

Swami Ram Nagar P.O. Jolly Grant Dehradun-248016

Tel +91-135-2471200, 2471300 Fax: 0135-2471317



Patient Name	Mr. Rajkumar	Lab No	5174888
UHID/IP No	3568203	Sample Date	22/07/2024 12:22PM
Age/Gender	52 Yrs/Male	Receiving Date	22/07/2024 12:24PM
Bed No/Ward	OPD	Report Date	27/07/2024 12:51PM
Mob. No.	9456577525	Report Status	Final
Referred By	Dr. HIMS		



BONE MARROW

BM24/102

Test Name	Result	Unit	Biological Ref. Range
-----------	--------	------	-----------------------

BONE MARROW EXAMINATION

Particulate / Aparticulate

Cellularity

Myelopoiesis

Blast

Promyelocytes

Myelocytes

Metamyelocytes

Polymorphs

Lymphocytes

Monocytes

Eosinophils

Basophils

Plasma Cells

Erythroid

Erythropoiesis

BM-Thrombopoiesis

CYTOCHEMISTRY

PERLS:

Others

Particulate

Hypercellular bone marrow fragments and cell trails in keeping with cellularity of fragments and hypercellular trephine imprints.

Myeloid preponderance with eosinophilia and basophilia.

06 % 0-3

04 % 3-12

12 % 2-16

13 % 2-6

44 % 22-46

03 % 5-20

02 % 0-3

05 % 0.3-4

03 % 0-0.5

01 % 0-3.5

07 % 0-3.5

Normoblastic maturation.

Increased in number with many dwarf forms seen.

2+ (Adequate iron stores).

Blasts are 3-4 times size of mature lymphocytes, regular to indented nuclear contour, opened up chromatin, conspicuous nuclei and abundant pale basophilic agranular cytoplasm. No Auer rods are seen.

Sunit

Dr. GARG SUNIT
PATHOLOGIST



Himalayan Institute of Medical Sciences

Himalayan Central Diagnostic & Research Laboratory

Swami Ram Nagar P.O. Jolly Grant Dehradun-248016

Tel +91-135-2471200, 2471300 Fax: 0135-2471317



Patient Name Mr. Rajkumar
UHID/IP No 3568203
Age/Gender 52 Yrs/Male
Bed No/Ward OPD
Mob. No. 9456577525
Referred By Dr. HIMS



Lab No 5174888
Sample Date 22/02/2024 12:22PM
Receiving Date 22/02/2024 12:24PM
Report Date 27/02/2024 12:51PM
Report Status Final

Impression

Myeloproliferative neoplasm, morphologically consistent with chronic myeloid neoplasm.

Bone marrow biopsy

Advice- 1. Immunophenotyping by flow cytometry.

2. Cytogenetic studies and molecular studies for BCR-ABL1.

Bone marrow trephine biopsy is in single linear core comprised of cortical cancellous bone and 14-16 intervening marrow spaces. Marrow is hypercellular for age (overall cellularity >90%) and show marked megakaryocytic and myeloid hyperplasia. Many dwarf megakaryocytes are seen. Erythroid lineage elements are reduced. Reticulin grade 1/3.

Impression

Myeloproliferative neoplasm morphologically consistent with chronic myeloid neoplasm - chronic phase.

Advice:- 1. Kindly correlate with flow cytometry report. 2. Kindly correlate with molecular genetic report for BCR-ABL-1.

--End Of Report--

Santany.



HIMALAYAN HOSPITAL
(A CONSTITUENT UNIT OF SWAMI RAMA HIMALAYAN UNIVERSITY)

SWAMI RAM NAGAR, JOLLY GRANT, DEHRADUN - 248016 (U.K.)



S. No. 4878

OPD R. No.

Indoor R. No.

Certified that Ms./Mrs./Miss Raj. Kumari
age 52 years is a resident of and is/was under my
treatment as an Out patient/In patient from 20/02/24 to present
for CU

He/She has been advised rest/light duties/fit to resume duties from 08/04/24
to 28/04/2024

He/She is advised follow up 15/04/2024 (date) in OPD.

DATE :

08/04/2024

191979

Dr. Anita Divya Batra
Medical Officer



HIMALAYAN HOSPITAL
(A CONSTITUENT UNIT OF SWAMI RAMA HIMALAYAN UNIVERSITY)

SWAMI RAM NAGAR, JOLLY GRANT, DEHRADUN - 248016 (U.K.)



S. No. 4881

OPD R. No.

Indoor R. No.

Certified that Ms./Mrs./Miss Raj. Kumari
age years is a resident of and is/was under my
treatment as an Out patient/In patient from 21/02/24 to
for

He/She has been advised rest/light duties/fit to resume duties from 22/04/24
to present & fit to resume duties from

He/She is advised follow up (date) in OPD.

DATE :

Dr. Anita Divya Batra
M.D. (P)

3/05/2024

Medical Officer

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरीयता क्रम में	एक्ट की धारा 17 (ख) के अनुसार अनुरोध का आधार (साक्ष्यों सहित)		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री सुरेश बाबू पाल	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो.नि.वि. गैरसैण	देहरादून/ देहरादून	1- प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. हरिद्वार। 2- निर्माण खण्ड लो.नि.वि. रुड़की। 3-राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड लो.नि.वि. डोईवाला। 4-अस्थाई खण्ड लो.नि.वि. ऋषिकेश। 5- अस्थाई खण्ड लो.नि.वि. कीर्तिनगर। 6- राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड लो.नि.वि. श्रीनगर। 7- निर्माण खण्ड लो.नि.वि. चम्पा। 8- प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. नई टिहरी। 9- निर्माण खण्ड लो.नि.वि. सहिया। 10- प्रान्तीय खण्ड लो.नि.वि. पौड़ी।	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (छः) <input type="checkbox"/> धारा 17 (1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण। राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड द्वारा निर्गत स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र। 2- प्रिस्क्रिप्शन की छाया प्रति।	महोदय, मेरी पत्नी को SLE की बीमारी होने के कारण किडनी एवं हार्ट में समस्या हो गयी है। यह बीमारी एक Chronic Disease होने के कारण मरीज को डाक्टर की देख-रेख में रहना पड़ता है। हृदय सम्बन्धित गम्भीर बीमारी के उपचार हेतु सर गंगा राम हास्पिटल नई दिल्ली में दि. 20.03.2024 को दिखाया गया, जिसमें डाक्टर द्वारा Open heart Surgery करने का परामर्श दिया गया है (संलग्न-Test Report & Prescription) की छायाप्रति। महोदय SLE एवं किडनी के उपचार हेतु पहले उनका उपचार A.I.L.M.S HOSPITAL DELHI में व वर्तमान में विगत 10 वर्ष से APPOLO HOSPITAL DELHI में चल रहा है, (संलग्न छायाप्रति) है। महोदय, उनको राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड द्वारा निर्गत स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र में Regular Follow up & Treatment हेतु लिखा गया है। (संलग्न छायाप्रति) महोदय मुझे उनके उपचार हेतु गैरसैण से दिल्ली आने-जाने में समस्या रहती है। इसलिये मेरा स्थानान्तरण ऐच्छिक स्थानों पर करने की कृपया करें। मैं आपका सदैव आभारी रहूंगा।

नोट:- कॉलम संख्या 07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकता है।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम:- ई. सुरेश बाबू पाल 7/5/2024
पदनाम:- सहायक अभियन्ता

(संलग्न-प्रमाण)

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम:- ई. जगदीश प्रसाद
पदनाम:- अधिशासी अभियन्ता
निर्माण खण्ड लो.नि.वि.
गैरसैण।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्रम सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है। के अनुसार अनुरोध का आधार (संख्या सहित)	टिप्पणी																														
1	2	3	4	5	6	7	8																														
1	श्री प्रवीण कुमार	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, बड़कोट (उत्तरकारी)	बैनीताल/ हल्द्वानी	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>रा०मा०खण्ड, हल्द्वानी</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(एक)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>प्रा०ख०, रुद्रपुर</td> <td><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(दो)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>प्रा०ख०, बैनीताल</td> <td><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(तीन)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>वि०ख० बैनीताल</td> <td><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(चार)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>वि०ख० पत्थरीपुर</td> <td><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(पांच)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>वि०ख० खटीमा</td> <td><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(छ)</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>अस्थाई खण्ड मवाली</td> <td><input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(सात)</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>वि०ख०, रामनगर</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>प्रा०ख० रानीखेत</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>वि०ख० रानीखेत</td> <td></td> </tr> </table>	1	रा०मा०खण्ड, हल्द्वानी	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(एक)	2	प्रा०ख०, रुद्रपुर	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(दो)	3	प्रा०ख०, बैनीताल	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(तीन)	4	वि०ख० बैनीताल	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(चार)	5	वि०ख० पत्थरीपुर	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(पांच)	6	वि०ख० खटीमा	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(छ)	7	अस्थाई खण्ड मवाली	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(सात)	8	वि०ख०, रामनगर		9	प्रा०ख० रानीखेत		10	वि०ख० रानीखेत		<p>धारा के नाम के आगे ✓ लगाये</p> <p>प्रस्तुत सार्यों का विवरण</p> <p>कार्यालय मुख्य चिकित्साधिकारी बैनीताल के पत्रांक -एम-5/2023-24 दिनांक 19.03.2024 द्वारा निर्गत चिकित्सा प्रमाण पत्र</p>	<p>प्राचीं वर्तमान में निर्माण खण्ड लो०नि०वि० बड़कोट में सहायक अभियन्ता के पद पर कार्यरत है। विगत वर्षों से प्राचीं पंक्जी से संकलित रिपोर्टों से प्रतीत है। विभागाध्यक्ष द्वारा सुरीला रिपोर्ट अस्पताल हल्द्वानी से प्राप्त है। जिस हेतु प्राचीं को समय-समय पर अपने पेशकीय कार्यों के साथ-साथ अपने उपचार हेतु समय-समय पर कार्टर की दिखाना पड़ता है जिससे प्राचीं को अपनी कठिनाईयों का सामना करना पड़ रहा है। प्राचीं द्वारा 10 वर्ष की सेवा अतिदुर्गम स्थानों में पूर्ण की गयी है। उक्त परिस्थितियों को देखते हुए मुख्य क्षेत्र के निम्नलिखित दिये गए ऐच्छिक स्थानों में से किसी एक खण्ड में स्थानान्तरण करने की मांग की जाये।</p>
1	रा०मा०खण्ड, हल्द्वानी	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(एक)																																			
2	प्रा०ख०, रुद्रपुर	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(दो)																																			
3	प्रा०ख०, बैनीताल	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(तीन)																																			
4	वि०ख० बैनीताल	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(चार)																																			
5	वि०ख० पत्थरीपुर	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(पांच)																																			
6	वि०ख० खटीमा	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(छ)																																			
7	अस्थाई खण्ड मवाली	<input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख)(सात)																																			
8	वि०ख०, रामनगर																																				
9	प्रा०ख० रानीखेत																																				
10	वि०ख० रानीखेत																																				

नोट- कॉलम संख्या 07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

हस्ताक्षर (कार्यालयध्यक्ष)

नाम- प्रवीण कुमार

पदनाम- सहायक अभियन्ता

निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, बड़कोट।

नाम- ड० मनोहर सिंह

पदनाम- अधिसासी अभियन्ता

निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, बड़कोट।

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री प्रवीण कुमार अपर सहायक अभियन्ता सत्र- 46 वर्ष कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग रामनगर (नैनीताल) जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 19.03.2024 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष प्रस्तुत किया गया।

इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा अभिलेख डा० सुशीला तिवारी हास्पिटल हल्द्वानी एवं चैस्ट क्लिनिक हल्द्वानी, से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त उन्हें Case of DM type II & Rt
Pulmonary Kochs & Hypertension Rt neck

regular follow up in medicine Dept
Rajet

ह० (श्री प्रवीण कुमार)
ह० प्रमाणित: सी०एम०ओ०

Rajet
मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

Jana Ays
PRESIDENT
MEDICAL BOARD
NAINITAL

[Signature]
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

[Signature]
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्साअधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2023-24

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड लोक निर्माण विभाग रामनगर (नैनीताल)
को उनके पत्र दिनांक 06.02.2024 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।

दिनांक मार्च 19, 2024
Rajet
मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 दिवसीक स्थान परिवर्तन काम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	विनीश कुमार	सहायक अभियन्ता	नि. 240 डी. वि. वि. देहरादून	देहरादून	—	धारा के नाम के आगे ✓ लगावे <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	1. मंजूर 2. मंजूर 3. मंजूर 4. मंजूर 5. मंजूर 6. मंजूर 7. मंजूर 8. मंजूर 9. मंजूर 10. मंजूर 11. मंजूर 12. मंजूर 13. मंजूर 14. मंजूर 15. मंजूर 16. मंजूर 17. मंजूर 18. मंजूर 19. मंजूर 20. मंजूर 21. मंजूर 22. मंजूर 23. मंजूर 24. मंजूर 25. मंजूर 26. मंजूर 27. मंजूर 28. मंजूर 29. मंजूर 30. मंजूर 31. मंजूर 32. मंजूर 33. मंजूर 34. मंजूर 35. मंजूर 36. मंजूर 37. मंजूर 38. मंजूर 39. मंजूर 40. मंजूर 41. मंजूर 42. मंजूर 43. मंजूर 44. मंजूर 45. मंजूर 46. मंजूर 47. मंजूर 48. मंजूर 49. मंजूर 50. मंजूर 51. मंजूर 52. मंजूर 53. मंजूर 54. मंजूर 55. मंजूर 56. मंजूर 57. मंजूर 58. मंजूर 59. मंजूर 60. मंजूर 61. मंजूर 62. मंजूर 63. मंजूर 64. मंजूर 65. मंजूर 66. मंजूर 67. मंजूर 68. मंजूर 69. मंजूर 70. मंजूर 71. मंजूर 72. मंजूर 73. मंजूर 74. मंजूर 75. मंजूर 76. मंजूर 77. मंजूर 78. मंजूर 79. मंजूर 80. मंजूर 81. मंजूर 82. मंजूर 83. मंजूर 84. मंजूर 85. मंजूर 86. मंजूर 87. मंजूर 88. मंजूर 89. मंजूर 90. मंजूर 91. मंजूर 92. मंजूर 93. मंजूर 94. मंजूर 95. मंजूर 96. मंजूर 97. मंजूर 98. मंजूर 99. मंजूर 100. मंजूर

नोट- कौलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में स्थल स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)
 नाम- विनीश कुमार
 पदनाम- सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयिक)
 नाम-
 पदनाम-

2

-: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-



(Signature)
हस्ताक्षर प्रमाणित,
विनेश कुमार

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-पत्रांक-195/8/1/2023/टी०सी/23365 दिनांक 20 जुलाई, 2023 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री विनेश कुमार उम्र लगभग 44 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 27/07/2023 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A Case of MENS SYNDROME - Prolactin secreting pituitary Adenoma, Germinoma, Left Adrenal Adenoma - comes under Transfer act chara 3 (c). X X

पाया गया।

(Signature)
(डा० एस० रतन सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(Signature)
(डा० शशिबाला वासन)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(Signature)
(डा० प्रवीण पंवार)
फिजिशियन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(Signature)
मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(Signature)
महानिदेशक/अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरीयता क्रम में	एकट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
						7 धारा के नाम के आने ✓ लगाने	8 प्रस्तुत सार्वकों का विवरण	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	चन्द्रकला	प्र० सहायक अभियन्ता	अस्थाई खण्ड लो०नि०वि० धरदुद	बागेश्वर	1-निर्माण खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 2-रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 3-रा०मा० खण्ड लो०नि०वि० डोईवाला 4-प्रान्तीय खण्ड लो०नि०वि० देहरादून 5-अस्थाई खण्ड लो०नि०वि० ऋषिकेश	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	मेरे पति की एन्जियोप्लास्टी होने का राज्य चिकित्सा परिषद द्वारा निर्गत प्रमाण पत्र संलग्न है। पति सरकारी सेवा में प्रमु०अभि० एव विभा० कार्यालय लो०नि०वि० देहरादून में कार्यरत हैं।	

कॉलम सँख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा तभी एकट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)
नाम- चन्द्रकला
पदनाम- प्र० सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)
नाम- अधिशासी अभियन्ता
अस्थाई खण्ड, लोक निर्माण विभाग
धरदुद (टिहरी गढ़वाल)

OK

Patient Name: Mr. Prvaan Saxena Location: Dehradun
Age / Sex: 45 year(s) 6 month(s) 23 day(s) / Male Date: Wednesday, January 24, 2024
MaxId: MDDN.46745 Invoice No: DNCS1581225
Doctor Name: Dr. Mayank Gupta Referred By: SELF
Department: Medical Gastroenterology Speciality: Gastroenterologist

Allergy: No Known Allergy

Provisional Diagnosis

Chronic bidd chert syndrome
LHV Ballooning done
JAK -2 Negative
Polycythemia
FS 11.4 KPa

Medicine Advised


Sno	Medicine	Schedule	Instruction	Route
1	ACITROM 3MG TAB (1X30) (ACENOCUMAROL 3 MG)	ONCE IN A DAY		ORAL
2	PANTOCID 40MG TAB (1X15) (PANTOPRAZOLE 40 MG)	ONCE IN A DAY	EMPTY STOMACH	ORAL

Advice

Patient is a case of polycythemia / should avoid going to high altitude
Fit to work in field at plains


Dr. Mayank Gupta

State Registration No. : UMC-147

स्वप्रामाणित


Max Super Speciality Hospital, Dehradun
Near Indian Oil Petrol Pump, Mohl, Masscorle
Divyashil Road, Dehradun - 248 001
For medical service queries or appointments,
call +91-135-7193 000
www.maxhealthcare.in

Max Healthcare Institute Limited
Regil. Office: 401, 4th Floor, Max Excellence, S. V. Road,
Vile Parle (West), Mumbai, Maharashtra - 400 056
T: +91-22 2686 0461x52
E: secretarial@maxhealthcare.com
(CIN: L72200MH2001PLC322054)



MSH DEWHARAYV1 Max23



—: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्री प्रवीण

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-पत्रांक-19प/8/1/2023/टी0सी/36345 दिनांक 16 नवम्बर, 2023 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद् उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री प्रवीण उम्र लगभग 46 वर्ष अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 18 जनवरी, 2024 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें *Poly Cythemia & Budd chauri Syndrome*
angioplasty & DIPPS done 2018, at present
no medication - usg abdomen - Not Significant.

पाया गया।

(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० शशीबाला वासन)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० प्रवीण पंवार)
फिजिशियन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक/अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

स्वप्रमाणित

प्रेषक,

मुख्य चिकित्सा अधिकारी/सचिव
राज्य चिकित्सा परिषद्,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

सेवा में,

मुख्य अभियन्ता स्तर-1
कार्यालय उत्तराखण्ड, लोक निर्माण विभाग, देहरादून।

पत्रांक-

रा0चिकि0परि0-568/2024/726

दिनांक:

18 जनवरी, 2024

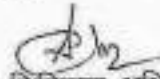
विषय:-

श्री प्रवीण के स्वास्थ्य परीक्षण के सम्बन्ध में।

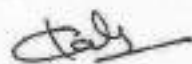
महोदय,

उपर्युक्त विषयक महानिदेशक, चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-19प/8/1/2023/टी0सी/36345 दिनांक 16 नवम्बर, 2023 के अनुपालन में दिनांक 18 जनवरी, 2024 को राज्य चिकित्सा परिषद् के सम्मुख श्री प्रवीण अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु उपस्थित हुये/हुई, परीक्षण रिपोर्ट आपको इस पत्र के साथ संलग्न कर प्रेषित की जा रही है।

भवदीय,


सचिव/मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
राज्य चिकित्सा परिषद्
उत्तराखण्ड, देहरादून।

स्व प्रमाणित



अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र०सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/सहसरील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान परिपाला क्रम में।	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
						7	8	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
						स्थानान्तरण अधिनियम की धारा	प्रस्तुत सख्यों का विवरण	
1	श्री अमृल्या वालिया	सहायक अभियन्ता	स्मार्ट सिटी, पी०आई०यू० लोक निर्माण विभाग देहरादून	हरिद्वार/रुडकी	प्रा०ख० लो०नि०वि० हरिद्वार	धारा 17(1) (ख) (एक)	1. जिला चिकित्सीय परिषद से निर्गत प्रमाण पत्र 2. नंडलीय चिकित्सा परिषद से निर्गत प्रमाण पत्र	विगत में हृदयघात होने के कारण एंजीओप्लास्टी सर्जरी हुई है जिस हेतु सखन स्तर से प्रमाण पत्र संलग्न किये जा रहे हैं। संबंधित कार्मिक के पिताजी भी हृदय की गम्भीर बीमारी से पीड़ित हैं, एवं उनका हृदय बहुत कम प्रतिशत में कार्य कर रहा है इसके अतिरिक्त माता जी को दृष्टिदोष होने के कारण दिखाई नहीं देता है। इनकी देखभाल की जिम्मेदारी संबंधित कार्मिक की ही है। अतः स्थानान्तरण हेतु अनुरोध प्रारूप संलग्न है।
					नि०ख० रुडकी			
					नि०ख० लक्सर			

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- अमृल्या वालिया

पदनाम- सहायक अभियन्ता

नाम-

पदनाम-

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

प्रवीन कुरा

Project Manager
Dehradun Smart City (PIU)

4/5/24

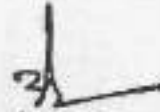
जनपदीय चिकित्सा परिषद- बी०डी०पाण्डे जिला चिकित्सालय पिथौरागढ़।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री अमृत्या बालिया, सहायक अभियन्ता, कार्यालय अधिशासी अभियन्ता, निर्माण खण्ड, लो०नि०वि० अस्कोट पिथौरागढ़, जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, श्री अमृत्या बालिया अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 06.07.2023 को बी०डी०पाण्डे जिला चिकित्सालय पिथौरागढ़ के जनपदीय चिकित्सा परिषद के समक्ष उपस्थित हुए। इनका स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय पिथौरागढ़ के चिकित्सकीय पैनल द्वारा कराया गया। साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत एम्स रिकॉर्ड एवं सन्तोष चिकित्सालय, मेरठ के चिकित्सा प्रपत्र प्रदत्त है का संज्ञान लिया गया एवं वर्तमान में इनका उपचार एम्स रिकॉर्ड में चल रहा है।

परीक्षणोपरान्त इन्हें CAD- Single Vessel Disease पाया गया, एवं श्री अमृत्या की Angioplasty हुई है। चिकित्सकीय पैनल द्वारा इन्हें नियमित फॉलोअप एवं समुचित उपचार रखने की सलाह दी जाती है।



हस्ताक्षर (श्री अमृत्या बालिया)



सदस्य- डा०महेश चन्द्र राजवार
फिजीशियन किर्जगवन -
बी०डी०पाण्डे जिला चिकित्सालय
पिथौरागढ़



सदस्य- डा०हेमन्त शर्मा
निश्चेतक


कार्यालय प्रमुख अधीक्षक, बी०डी०पाण्डे जिला चिकित्सालय पिथौरागढ़।

पत्रांक: स्वा०परी०/2023-24 / 1285

दिनांक 06.07.2023

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ प्रेषित।

1. अधिशासी अभियन्ता, लो०नि०वि० अस्कोट पिथौरागढ़ को उनके पत्र संख्या 1168/2 जी०ई० दिनांक 05.07.2023 के सन्दर्भ में सूचनार्थ प्रेषित।
2. श्री अमृत्या, सहायक अभियन्ता लो०नि०वि० अस्कोट पिथौरागढ़।


प्रमुख अधीक्षक
बी०डी०पाण्डे जिला चिकित्सालय
पिथौरागढ़

• प्रमुख चिकित्सक अस्कोट
जिला चिकित्सालय
पिथौरागढ़

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

प्रमाणित किया जाता है कि श्री अमृता यादव, उम - 46 वर्ष कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड ला0नि0वि0 अस्कोट (पिथौरागढ़), जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 18.07.2023 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के सम्मक्ष प्रस्तुत किया गया।

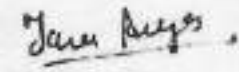
इनका का स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण-पत्र अखिल भारतीय आयुर्वेदिक संस्थान ऋषिकेश से प्रदत्त है जो संधान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त इन्हें Case of CAD, RA, CRH & JVD
Post PRCT. PI need regular follow up
for Cardiovascular Deptt प्राप्ता गया।
Angioplasty Done.

HO (श्री अमृता यादव,)

HO प्रमाणित: सी0एम0ओ0


मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल


PRESIDENT
MEDICAL BOARD
NAINITAL


MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL


MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्साधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक- एम-5/2023-24

दिनांक 18 जुलाई, 2023

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड ला0नि0वि0 अस्कोट (पिथौरागढ़) को उनके पत्र दिनांक 06.07.2023 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।


मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	मूल जनपद / शासकीय का नाम	स्थानांतरण हेतु 10 ऐडिक्ड स्थान करियता कम में	एक्ट की धारा जिसके अंतर्गत अनुरोध किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	प्रवेज आलम	सहायक अभियन्ता (सिविल)	नि०ख० लो०नि०वि० काशीपुर	हरिद्वार / सडकी	1 प्रा०ख० रुद्रपुर 2 चतुर्थ वृत्त, ऊधमसिंहनगर 3 वर्तमान तैनाती स्थल नि०ख० काशीपुर में प्स्थित	धारा के नाम के अन्तर्गत् लगाये √ धारा 17 (1) (ख) (एक)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण मण्डलीय चिकित्सा परिषद नेनीताल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा दि० 02.04.24 को निर्गत पत्नी का चिकित्सा प्रमाण पत्र संलग्न	अवगत कराना है कि मेरी पत्नी श्रीमती शमा करवीन वर्ष 2011 से गम्भीर मानसिक रोग (जनरलाइज्ड एंग्जाइटी डिस्ऑर्डर) से पीडित हैं व उनका उपचार वर्तमान में जे०एल०एम्० जिला चिकित्सालय रुद्रपुर के मानसिक रोग विरोधना से चल रहा है। मण्डलीय चिकित्सा परिषद नेनीताल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा भी मेरी पत्नी का स्वास्थ्य परीक्षण करने के परचाए उक्त बीमारी का मेडिकल सर्टिफिकेट जारी करते हुए निवमित ईलाज की सलाह दी गयी है। महोदय उक्त बीमारी (मानसिक रोग) का उल्लेख उतावखण्ड स्थानांतरण अधिनियम की धारा 5 ब के अंतर्गत गम्भीर बीमारी की श्रेणी में आता है। अतः महोदय से अनुरोध है कि उपरोक्तानुसार सहानुभूतिपूर्वक विचार करते हुए गुझे स्थानांतरण अधिनियम- 2017 की धारा 17 (1) (ख) (एक) के अंतर्गत (सुगम से दुर्गम में) छूट प्रदान करते हुए मेरा स्थानांतरण अनुरोध के आधार पर मेरे शिरे गये विचाल्यों के अंतर्गत करने की कृपा करें। मेरे द्वारा प्रारूप 1 भी उपरोक्त विवरण के साथ संलग्न कर दिया गया है।

संलग्न:- मण्डलीय चिकित्सा परिषद नेनीताल द्वारा गठित मेडिकल बोर्ड द्वारा दि० 02.04.2024 को निर्गत चिकित्सा प्रमाण पत्र की प्रति।

Bilal
9/5/2024
हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम- प्रवेज आलम

कार्मिक कोड- 750025768

पदनाम- सहायक अभियन्ता (सिविल)

9/5/24
(ई० अरुण कुमार)

अधिशारी अभियन्ता

नि०ख० लो०नि०वि० काशीपुर

डा. प्रवेज आलम पत्रांक 793/24E

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।

Date - 03/04/2024

प्रमाणित किया जाता है कि, श्री प्रवेज आलम, सहायक अभियन्ता, कार्यालय-अधिशासी अभियन्ता निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, काशीपुर, जिनके हस्ताक्षर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपनी पत्नी श्रीमती शर्मा परवीन, उम्र 43 वर्ष को स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 02.04.2024 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष प्रस्तुत किया गया।

श्रीमती शर्मा परवीन, का स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा अभिलेख जे0एल0एन0 जिला चिकित्सालय रुद्रपुर, से प्रदत्त हैं को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त उन्हें As per the records, patient is a case of Generalised Anxiety Disorder, which is classified as mental illness (ICD10: 41.1). Patient is currently on psychiatric medications and is advised to continue the treatment from the treating psychiatrist.

Sharma Parveen
EO (श्रीमती शर्मा परवीन.)

Pelam
(श्री प्रवेज आलम)

EO प्रमाणित: सी0एम0ओ0

Rajat

मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

self attested
Pelam
31/3/2024

Jana Ajeet
PRESIDENT
MEDICAL BOARD
NAINITAL

Vijay
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

Prima
MEMBER
ON MEDICAL BOARD
NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्साअधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2024-25

✓ प्रतिलिपि- कार्यालय- अभियन्ता निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0, काशीपुर, को उनके पत्र दिनांक 28.03.2024 के क्रम में सूचनाय प्रेषित।

दिनांक अप्रैल 02, 2024

Rajat
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
मुख्य चिकित्साधिकारी
नैनीताल

EC-5/श्री प्रवेज आलम

Prima
31/3/2024

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	कार्यलय का नाम	रूम नम्बर / तहसील का नाम	स्थापना/रचना वर्ष 10 ऐंकिन स्थान व स्थिति का नाम	एक्ट नं. 5 का विवरण (अनुसूची अनुसूचित किया गया है।)		शिपमेंट
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	श्री सचदे अली खान	सहायक अभियन्ता	निर्माण खण्ड लो0नि0वि0 तम्बा	राहसपुर / खेट	1. नि0 खण्ड लो0नि0वि0 सड़की 2. प्रा0 खण्ड लो0नि0वि0 हरिबाद 3. नि0 खण्ड लो0नि0वि0 लोकर 4. नि0 खण्ड लो0नि0वि0 देहरादून 5. रा0म0खण्ड लो0नि0वि0 देहरादून 6. लो0म0खण्ड लो0नि0वि0 खैरवाला 7. प्रा0ीय खण्ड लो0नि0वि0 देहरादून	प्रश्न के नाम के अंतर्गत <input checked="" type="checkbox"/> धारा 1(1) (क) (एक)	प्रस्ताव संख्या का विवरण नकारात्मकी प्रमाण पत्र संलग्न है।	प्राची की माताजी कैसर रोम हदय रोम लकना रोम से प्राप्त है। प्राची वरिष्ठ कर्मिका थी प्रणी से भी खता तथा प्राची की आयु 58 वर्ष से अधिक है।
						<input type="checkbox"/> धारा 1(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 1(1) (क) (तीस) <input type="checkbox"/> धारा 1(1) (क) (चार)		
						<input checked="" type="checkbox"/> धारा 1(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 1(1) (क) (छ)	परिशिष्ट कार्मिक	
						<input type="checkbox"/> धारा 1(1) (क) (सात) <input type="checkbox"/> धारा 1(1) (क) (आठ)		

नोट- कोलम संख्या-07 में वर्गीकृत भूखे आधार के सम्बन्ध में सहाय स्तर से निर्दिष्ट प्रमाण पत्र स्वयंसांगत सलजत करना अनिवार्य होगा तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत काम दिया जा सकेगा

हस्ताक्षर
 नाम श्री सचदे अली खान
 पदनाम सहायक अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0
 तम्बा (टिहरी मढवाल)

हस्ताक्षर
 नाम ई0 जगदीश सिंह
 पदनाम अधिशासी अभियन्ता
 निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 तम्बा (टिहरी मढवाल)
 निर्माण खण्ड, लो0नि0वि0 तम्बा (टिहरी मढवाल)
 सचदा (टि0ग0)



Patient	DR. SURYA BEGUM	Order number	1223754
MR No.	1552184	Received Date/Time	10/09/2023 10:24 AM
Age/Sex	82 Years/8 Months 22days/7Months	Approved Date	10/09/2023 4:37 PM
Ref. Doctor	Dr. P. N. SINGH	Order	24033062
ID	23070023	Approved By	Dr. NEHA MEHRA
Ward/Bed	104/2416 (G)	Technician	SS1

ELECTROBAT

Clinical Information
No fever

Technique

Contrast enhanced scan in axial mode from the level of the thyroid bed to bases of skull using following intravenous administration of contrast medium.

IV Contrast

bolus 300/60 ml - No adverse reaction

Findings

The study shows multiple small hypodense nodules in both lobes and tubular resectomy upto 12-13 mm in size - USG correlation is recommended.

The trachea is central and main bronchi appear unremarkable.

Cardiac size appear enlarged with dilated left sided chambers.

Atherosclerotic changes in both with severe coronary artery modification.

Mid pericardial effusion is present.

Few subcentimeter non-necrotic nodular nodes are present. No significant axillary lymphadenopathy is seen. A few discrete left axillary lymphadenitis are seen measuring upto 5 mm in SAD.

Few nodular soft tissue opacities in right lung and left upper lobe, largest measuring 10 mm in left upper lobe.

Dependent consolidations are seen in both lungs.

Few thin-walled cysts are present in left lower lobe.

Pleural spaces on either side are clear.

Note is made of multiple hypodense lesions in bilateral breast parenchyma. The largest of these is seen in the upper outer quadrant of left breast measuring approximately 21 x 26 cm with spiculated margins and thickening of the adjacent skin.

Self Requested
upto



HOLY FAMILY HOSPITAL

Ulhas Road, Near Sector 110 Gurgaon

Phone: 2249991111, 2249991112



11

Patient	Ms. SAGRA BEDIJA	Order Number	:102299304
MR No.	:1302194	Assigned Dr & Tr	:DR/MS/0223 12.34 AM
Age/Sex	:53 Years 8 Months 20 days / Female	Approved DLA	:05090023 4.37 PM
Ref. Doctor	:Dr. P. J. R. NIGH	EO No.	:240151897
IP	:123018801	Approved By	:DR. NEHA NISCHAL
Ward/Bed	:401/411/001	Typed ID	:5607

Note is made of cholelithiasis with mild thickening of the fovea of gall bladder.
 Note is made of a large fat attenuation lesion measuring 12.8 x 6.5 x 16 cms along the left infrascapular region - suggestive of atypical lipomatous tumour.

Spondylotic changes are noted in visualized paracolumbar spine with flowing calcification of the anterior longitudinal ligament involving multiple dorsal vertebrae - suggestive of DISH.

Opinion:

CT reveals cardiomegaly with mild pericardial effusion.
 Bilateral breast and pulmonary nodular lesions.
 Possibility of malignant etiology needs to be ruled out with biopsy from the largest left breast lesion. If this is positive for malignancy, then the pulmonary nodules are most likely to be metastatic.

*Self Attested
 Dr. Neha Nischal*

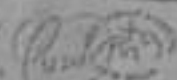


DR. NEHA NISCHAL



HOLY FAMILY HOSPITAL

ROAD NO. 10, NEW DELHI - 110028 PH: 26100000 FAX: 26100000
PATHOLOGY DEPARTMENT



Patient Name	Ms. SABRA DOON	Ref No.	242157000
IP Number	22015888	Ref No.	11000104
Age/Sex	52 Years 3 Months 30 days / female	Collected On	10/05/2023 4:25 PM
Ref. Doctor	Dr. PALSHOH	Reported	11/05/2023 11:45 AM
Phone No.	4781 8181/8211	Order No.	000017
LAB-HISTOPATHOLOGY		Form No: H25-2422	

SPECIMEN

1 x 1 cm core biopsy from the lesion of 12 o'clock.

CERICAL DETAILS

Not provided

CLINICAL

Removed from my core varying in length from 0.5cm to 0.6cm. 1 block; A/E

HISTOSCOPIC EXAMINATION & DISCUSSION

- Invasive Breast Carcinoma, NST
- Grade 2 Nottingham Histologic score: 8/9 (3+2+1)
- DCIS - Not seen
- LV - Not seen
- PM - Not seen

Note: There is evidence of tumor at the edge of the core while the other tissue part show only inflammation and foreign body giant cell reaction.

Signature
Abbas

Signature
DR. PALSHOH JANDHI
CONSULTANT PATHOLOGIST



HOLY FAMILY HOSPITAL

WATERLOO, ONTARIO, CANADA
PATHOLOGY DEPARTMENT



Patient	Mrs. SABRA BOGIM	Order Number	61256T
OP Number	133354	SHC Code	0000002 12.30
AP Number	2318308	Worked	APR / 415 / 2011
Age/Sex	51 YEARS & MONTHS 3DAYS /	Bill Number	34010050
Order By	Dr. P. H. JINCH		

Immunohistochemistry (IHC)

Specimen Type: Left base of lungs from biopsy at 170 page

Clinical Data

Requester

Immunohistochemistry Results

IHC Marker	Percentage of Positive Nuclei	Proportion Score (PS)	Intensity of Staining	Intensity of Score (IS)
Estrogen Receptor (ER) EP-1	67-100	5	Strong	3
Progesterone Receptor (PR) EP-2	11-33%	2	Weak	1

Sum of Proportion Score and Intensity Score (Total Score)

IHC Marker	Allyed Score	Result
Estrogen Receptor (ER)	15	Positive
Progesterone Receptor (PR)	2	Positive

Control	Interpretation
Normal Control	Not present
External Control	Positive

1. A positive result is defined as nuclear staining with the antibody and reported as a total score of 2 using the above scoring guidelines.
2. Detection System: Envision Flex (Dako, Carp, IL)
3. Primary Antibodies used: ER - Clone EP-1, PR - Clone EP-2 - Dako, Carp, IL
4. Type of Assay - 10% neutral bovine serum
5. Counterstain: H&E - 41 hour
6. Time in Fixative - 24 hours

Self Analyzed
Gladys

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जगपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	अनील सिंह शर्मा	अहायक अभियंता	विमानवाहक कार्यालय	अरवि/दुहा	1) राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड डोडा 2) नि. प्र. देहादून 3) अरवि, तृषिक 4) राष्ट्रीय राजमार्ग खण्ड देहादून	<input checked="" type="checkbox"/> धारा के नाम के आगे ✓ लगाये <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) ✓ <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण पत्नी की अंतिम शादी प्रमाण पत्र का स्वस्थ विवाह के प्रमाण पत्र Marriage Certificate	

नोट:- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

15-5-2024

नाम- अनील सिंह शर्मा
पदनाम- अहायक अभियंता

(अनील सिंह)
अतिरिक्त अभियंता

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम-
पदनाम-



:- स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र :-

Pooja

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्रीमती पूजा नेगी

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून
पत्रांक-पत्रांक-199/8/1/2023/टी0सी/372 दिनांक 05 जनवरी, 2023 के क्रम में राज्य चिकित्सा
परिषद् उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्री/श्रीमती पूजा नेगी उम्र लगभग 29 वर्ष अपने स्वास्थ्य
परीक्षण हेतु दिनांक 07 मार्च, 2024 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें A CASE OF KARTAGENER SYNDROME
MAINLY SYMPTOMS BRONCHITIS WITH SITUS INVERSA
NEEDS REGULAR FOLLOW UP AND LONG TERM TREATMENT

माया नंका।

(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० राशिका वासन)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० प्रदीप कुमार)
फिजिशियन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक/अध्यक्ष
राज्य चिकित्सा परिषद
उत्तराखण्ड, देहरादून।

self Attested

Soni Singh Rawat
A.E. PNG Uttarakhand

अनुसंधान के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पदनाम	संलग्न कार्यालय का नाम	सूचक प्रभाव/सहस्रीत का नाम	समानांतरता हेतु 10 ऐडिशनल एडिशन बरिवादा क्रम में	एक की धारा जिसमें अंतर्गत अनुसंधान किया गया है	दिथनी	
1	2	3	4	5	6	7	8	
	शाहीन अख्तर	सहायक अधिवक्ता	राज्य गृह लोअनिडिडि हलदानी	पिडिडिडिडि/सुडिडिडि	1. वर्तमान डिगरी स्थल (राज्य गृह लोअनिडिडि हलदानी) में रजिडिडिडि। 2. मुख्य अधिवक्ता कार्यालय लोअनिडिडि हलदानी	<p>धारा की नाम की आगे ✓ जमावे</p> <p>✓ धारा 17(1)(ख) (एक)</p> <p>धारा 17(1)(ख) (दो)</p> <p>धारा 17(1)(ख) (तीन)</p> <p>धारा 17(1)(ख) (चार)</p> <p>धारा 17(1)(ख) (पांच)</p> <p>धारा 17(1)(ख) (छ)</p> <p>धारा 17(1)(ख) (सात)</p>	<p>प्रस्तुत धारों का विवरण</p> <p>राज्यतीय चिकित्सा परिषद मैनीडल से जारी प्रमाण पत्र</p>	<p>महोदय अख्तर उद्यत है कि आधी वर्ष 2013 से मानसिक रोग से पीडित है जिसका उपचार 2013 से वर्तमान तक मानसिक रोग विशेषज्ञ से चल रहा है। राज्यतीय चिकित्सा परिषद मैनीडल द्वारा सडिडि मेडीकल बोर्ड से आधी को स्थायक परीक्षण करने के उपरान्त उक्त बिगारी को मेडीकल प्रमाण पत्र जारी करते हुए निरमित इलाज/सोलेडिडि की सलसद दी गई है (राज्यतीय मेडीकल बोर्ड से जारी प्रमाण पत्र की छाया प्रती सलसद)। महोदय उक्त बिगारी का उल्लेख उल्लेखस्थ स्थानांतरण अधिनियम की धारा 3 ए के अंतर्गत गम्भीर रोग की श्रेणी में किया गया है। उक्त महोदय से अनुसंधान है कि उपरोक्तानुसार सुहायुडिडि पूर्वक विचार करते हुए सूचक स्थानांतरण अधिनियम 2017 की धारा 17(1)(ख)एक के अंतर्गत अनुसंधान के अक्षर पर मेरे वर्तमान डिगरी स्थल (राज्य गृह लोअनिडिडि हलदानी) में सहायक करने की लुप करे। मेरे द्वारा प्रारूप-1 भी राज्यतीय विवरण के साथ सलसद कर दिया गया है। वर्तमान आर्ड स्थल पर मुझे 6 माह का समय हुआ है।</p>

संलग्न - राज्यतीय चिकित्सा परिषद मैनीडल द्वारा प्रदत्त चिकित्सा प्रमाण पत्र


06/05/24
शाहीन अख्तर
सहायक
राज्य गृह लोअनिडिडि हलदानी

सूचक में संलग्नी सडिडि
राज्य गृह लोअनिडिडि हलदानी
06/05/24
शाहीन अख्तर
सहायक अधिवक्ता
राज्य गृह लोअनिडिडि हलदानी

मण्डलीय चिकित्सा परिषद-नैनीताल।


प्रमाणित किया जाता है कि श्री शाहिद अख्तर, उम्र -49 वर्ष कार्यालय- अधीक्षण अभियन्ता राष्ट्रीय राजमार्ग वृत्त लोक निर्माण विभाग हल्द्वानी (नैनीताल) जिनके इस्ताफर नीचे प्रमाणित किये जा रहे हैं, अपने स्वास्थ्य परीक्षण हेतु आज दिनांक 23.04.2024 को मण्डलीय चिकित्सा परिषद के समक्ष प्रस्तुत किया गया। इनका का स्वास्थ्य परीक्षण जिला चिकित्सालय नैनीताल से कराया गया, साथ ही इनके द्वारा प्रस्तुत चिकित्सा प्रमाण पत्र बालाजी हास्पिटल हल्द्वानी, से प्रदत्त है को संज्ञान में लिया गया।

परीक्षणोपरान्त इन्हें Patient is case of Generalised Anxiety Disorder which is a form of mental disorder. It is advised to take regular treatment and follow up. from the treating psychiatrist. गया।


 80 (श्री शाहिद अख्तर,)

80 प्रमाणित: सी०एम०३००

मुख्य चिकित्साधिकारी
 नैनीताल

स्व प्रमाणित

 06/05/24


 23/04/24
 PRESIDENT
 MEDICAL BOARD
 NAINITAL


 MEMBER
 ON MEDICAL BOARD
 NAINITAL


 23/4/24
 MEMBER
 ON MEDICAL BOARD
 NAINITAL

कार्यालय-मुख्य चिकित्सा अधिकारी, नैनीताल।

पत्रांक:- एम-5/2024-25

दिनांक अप्रैल 23, 2024

प्रतिलिपि- कार्यालय- अधीक्षण अभियन्ता राष्ट्रीय राजमार्ग वृत्त लोक निर्माण विभाग हल्द्वानी (नैनीताल) को उनके पत्र दिनांक 19.03.2024 के क्रम में सूचनार्थ प्रेषित।


 मुख्य चिकित्सा अधिकारी,
 नैनीताल।

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप - 2

क्र० सं०	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/ तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु 10 ऐच्छिक स्थान वरियता क्रम में	एक्ट की धारा जिसके अन्तर्गत अनुरोध किया गया है		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	इ० अमित कुमार वर्मा	सहायक अभियन्ता	श०मा० खण्ड, लो०नि०वि०, डोईवाला	हरिद्वार/ रुड़की	1. निर्माण खण्ड, लो०नि०वि०, रुड़की।	धारा के नाम के आगे लगाये धारा 17(1) (ख) (एक)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण सी०एम०ओ० हरिद्वार के Certificate No 13632 Date 08.04.2005 की छायाप्रति संलग्न।	प्रार्थी धारा 17(1) (ख) (एक) के अन्तर्गत अनुरोध के आधार पर स्थानान्तरण हेतु पात्र है।

नोट- कॉलम संख्या - 07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक)

नाम - इ० अमित कुमार वर्मा

पदनाम - सहायक अभियन्ता

[Signature]
25/04/2024

हस्ताक्षर (कार्यालयाध्यक्ष)

नाम - इ० नवनीत पाण्डेय

पदनाम - अधिशासी अभियन्ता

[Signature]
25/04/2024

OFFICE OF CHIEF MEDICAL OFFICER, HARIDWAR

Certificate No. 15702 **DISABILITY CERTIFICATE** Date: 02/11/2024

This is certified that Shri/Smt. Kum. A. S. Kumar V. O. K.
 Son/Wife/Daughter of Shri. S. S. Chandra Prasad Age 72 Sex M
 Address 47, Park Road Identification Mark (s) None



is suffering from permanent disability of following category :

- A Locomotor or Cerebral palsy:** Paralysis
- (i) BL-Both legs affected but not arms
 - (ii) BA-Both arms affected (a) Impaired reach (b) Chronic Weakness of grip
 - (iii) BLA-Both legs and both arms affected
 - (iv) OL-One Leg affected (right of left)
 - (a) Impaired reach
 - (b) Weakness of grip
 - (c) Ataxic
 - (v) OA-One arms affected
 - (a) Impaired reach
 - (b) Post Traumatic Ankylosis of
 - (c) Ataxic
 - (vi) BH-Stiff back and hips (can not sit or stoop) Can't bend to walk
 - (vii) MW-Muscular weakness and limited physical endurance muscle power 2-3/5
- B Blindness or Loss of Vision**
- (i) B-Blind
 - (ii) PB-Partially Blind that of left eye
- C Hearing impairment :**
- (i) D-Deaf
 - (ii) PC-Partially Deaf (Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve reassessment of this case is not recommended / is recommended after a period of _____ years _____ Months.

3. Percentage of disability in his/her case is 40-45% percent.

4. Sh./Smt. Kum. _____ Meets the following physical requirements for discharge of his / her duties.

- (i) F-can perform work by manipulating with fingers
 - (ii) PP-can perform work by pulling and pushing.
 - (iii) L-can perform work lifting.
 - (iv) KC-can perform work by kneeling and crouching.
 - (v) B-can perform work by bending.
 - (vi) S-can perform work by sitting.
 - (vii) ST-can perform work by standing.
 - (viii) W-can perform work by Walking.
 - (ix) SE-can perform work by Seating.
 - (x) H-can perform work by hearing / speaking
 - (xi) RW-can perform work by reading and writing.
- Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No
Yes/No



[Signature]
 Member
 Medical Board

[Signature]
 Member
 Medical Board

[Signature]
Chief Medical Officer
 Haridwar (U.P.)
 Chairperson
 Medical Board

Self attested
[Signature]
 25/11/2024
 AB

अनुरोध के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र.सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	गृह जनपद/तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु ऐच्छिक स्थान परियोजना क्रम में	एक्ट की धारा 17 ख के अनुसार अनुरोध का आधार (साक्ष्यों सहित)	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1	यशपाल सिंह	प्रभारी सहायक अभियन्ता	अधिशाली अभियन्ता, राठमाठ खण्ड, लोणनिठविठ, देहरादून	देहरादून	1 राठमाठ खण्ड, लोणनिठविठ, देहरादून	धारा के नाम के आगे ✓ चिन्ह लगाये ✓ धारा 17 (1) (ख) (एक)	प्रस्तुत साक्ष्यों का विवरण सर्वोपय, मेरी परती गम्भीर बीमारी से पीड़ित है गम्भीर बीमारी के कारण उनको पेशलाइसिस (लकवा) हो गया है वह स्वयं चलने फिरने में असमर्थ है तथा अपने निजी कार्य भी स्वयं नहीं कर सकती है, उनका इलाज देहरादून में निरन्तर चल रहा है मेरे अलावा उनकी देखरेख करने वाला कोई और नहीं है मेरी उक्त विषय परिस्थितियों के कारण लगभग 7 माह पूर्व ही उत्तराखण्ड शासन द्वारा मेरा स्थानान्तरण वर्तमान खण्ड में किया गया है। अतः मुझे यथास्थिति रखने की कृपा करें।
2					2 निर्माण खण्ड, लोणनिठविठ, देहरादून	धारा 17 (1) (ख) (दो)	
3					3 अर्थाई खण्ड, लोणनिठविठ, प्रदधिकेश	धारा 17 (1) (ख) (तीन)	
4					4 प्रान्तीय खण्ड, लोणनिठविठ, देहरादून	धारा 17 (1) (ख) (चार)	
5					5 विभागाध्यक्ष कार्यालय, देहरादून	धारा 17 (1) (ख) (पांच)	
6						धारा 17 (1) (ख) (छ)	
7						धारा 17 (1) (ख) (सात)	
8							

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के संबंध में सक्षम स्तर निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा, तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत काम दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) 26/4/2024
 नाम- यशपाल सिंह
 पदनाम- प्रभारी सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (कार्यालयव्यय) 26/4/24
 नाम- दीपक गुप्ता
 पदनाम- अधिशाली अभियन्ता
 National Highway Division, PWD
 26/Dehradun.

राज्य चिकित्सा परिषद, उत्तराखण्ड।

चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, उत्तराखण्ड शासन के कार्यालय, इंग्लिश कॉम्प्लेक्स, 29434 दिनांक 08.05.2001 द्वारा संशोधित।

—:: स्वास्थ्य परीक्षण प्रमाण पत्र ::—



पूनम

हस्ताक्षर प्रमाणित,
श्रीमती पूनम सिंह

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के पत्रांक-
पत्रांक-19प/8/1/2022/टी0सी0/29434 दिनांक 13.12.2022 के क्रम में राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून के सम्मुख श्रीमती पूनम सिंह पत्नी श्री यशपाल सिंह उम्र लगभग 40 वर्ष अपने
स्वास्थ्य परीक्षण हेतु दिनांक 16.02.2023 को उपस्थित हुये।

परीक्षणोपरान्त उन्हें - A CASE OF POST TUBERCULAR ARACHNOIDITIS
WITH A LARGE EXPANDING CYSTIC FORMATION IN THE
SPINE WITH INCONTINENCE OF URINE. NEEDS REGULAR
FOLLOW UP AND LONG TERM TREATMENT WITH NEUROLOGIST.
SHE IS DEPENDENT ON OTHERS FOR HER DAILY ROUTINE -
ACTIVITIES.
पाया गया।

(डा० एस०एन० सिंह)
आर्थोसर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

(डा० श्रीश्यामा)
नेत्र सर्जन/सदस्य,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

मुख्य चिकित्साधिकारी/सचिव,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

महानिदेशक/अध्यक्ष,
राज्य चिकित्सा परिषद,
उत्तराखण्ड, देहरादून।

Self Attd
GA
26/4/2024

अनुसूच के आधार पर आवेदन करने का प्रारूप-2

क्र. सं.	नाम	पता	सर्वोच्च कार्यलय का नाम	पूरा जन्मदिन / तारीख का नाम	संबन्धित नमूने 10 स्थानों का विवरण देना है	एक ही घर विभिन्न अनुसूच किया गया है।		टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	डा. ललित सिंह मेहरा	सहायक अभियन्ता (निविदा)	अधिसारी अभियन्ता प्रादेशिक सड़क निविदा, मेरठ	अन्वेषण/सोभितकर	1-प्रादेशिक सड़क निविदा, मेरठ 2-प्रादेशिक सड़क निविदा, मेरठ 3-निर्माण सड़क निविदा, इन्दौर 4-प्रादेशिक सड़क निविदा, इन्दौर 5-निर्माण सड़क निविदा, इन्दौर 6-निर्माण सड़क निविदा, इन्दौर 7-निर्माण सड़क निविदा, इन्दौर 8-सहायक, सड़क सड़क, इन्दौर	<input type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input checked="" type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input checked="" type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10) <input type="checkbox"/> घर 1(1) (10) (10)	प्रमुख नमूने का विवरण स्थान अधिसारी द्वारा निर्धारित प्रमाण पत्र एवं अन्य विवरण देना	सड़क एवं सीलिंग की योजना से प्रस्ता है। (सड़क के संबंधित करने व कार्य करने की समयता से कारण) सड़क सड़क सड़क सड़क/सड़क सड़क से विवरणों द्वारा सड़क की सड़क की सड़क है एवं सड़क निर्धारण से सड़क सड़क सड़क सड़क के कारण सड़क सड़क सड़क सड़क है।

हस्ताक्षर (सर्वोच्च)
 नाम-डा. ललित सिंह मेहरा
 पदनाम- सहायक अभियन्ता

हस्ताक्षर (सर्वोच्च/अध्यक्ष)
 नाम-
 पदनाम-अधिसारी अभियन्ता

कार्यालय/सड़क के कारण है।

कार्यालय - मुख्य चिकित्सा अधिकारी ऊधम सिंह नगर ।

प्रक्रांक-एम-1/2022

दिनांक 15 जून 2022

प्रमाण पत्र

मुख्य चिकित्साधिकारी
ऊधम सिंह नगर

अवगत कराना है कि श्री रमेश सिंह मेहरा पुत्र श्री स्व: रतन सिंह मेहरा हाल
नि० 561 एल०आई०जी० अवास विकास रुद्रपुर ऊधम सिंह नगर का स्वास्थ्य
परीक्षण जवाहर लाल नेहरू जिला चिकित्सालय रुद्रपुर ऊधम सिंह नगर के
कार्डियोलोजिस्ट (डा० एम०के० तिवारी) से कराया गया चिकित्सक के द्वारा श्री
रमेश सिंह मेहरा को निम्न रोग ADM/HIV / Emphysema /
Peptum / Azotemia ग्रसित पाया गया तथा चिकित्सा अधिकारी
द्वारा श्री रमेश सिंह मेहरा को नियमित उपचार एवं देखभाल तथा उच्च संस्थान
को दिखाने एवं ठंडे मौसम से और उंचाई पर चढ़ने उतरने से बचने की भी सलाह
दी गई।

Sepr-Henka
Sinh
01/05/22

भवदीय

मुख्य चिकित्साधिकारी
मुख्य चिकित्सा अधिकारी
ऊधम सिंह नगर
ऊधम सिंह नगर ।

अनुरोध के आधार पर आवेद करने का प्रारूप :

क्र. सं.	नाम	पदनाम	वर्तमान कार्यालय का नाम	मूल जनपद / तहसील का नाम	स्थानान्तरण हेतु ऐतिहासिक स्थान परिवर्तना कम में	एक्ट की धारा के अन्तर्गत अनुरोध किया गया है	टिप्पणी
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	दीपा	सहायक अभियन्ता (सिविल)	बिबेक राठौर लोक निर्माण विभाग देहरादून	हरिद्वार	1. राष्ट्रीय राजमार्ग प्रकल्प लोको निर्माण डोईवाला 2. राष्ट्रीय राजमार्ग प्रकल्प लोको निर्माण कपली (गु-देहरादून) 3. निर्माण प्रकल्प देहरादून	<input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (एक) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (दो) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (तीन) <input checked="" type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (चार) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (पांच) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (छ) <input type="checkbox"/> धारा 17(1) (ख) (सात)	प्रस्तुत शब्दों का विवरण संलग्न संलग्न

नोट- कॉलम संख्या-07 में दर्शाये गये आधार के सम्बन्ध में सक्षम स्तर से निर्गत प्रमाण पत्र स्वप्रमाणित छायाप्रति संलग्न करना अनिवार्य होगा तभी एक्ट की धारा के अन्तर्गत लाभ दिया जा सकेगा।

हस्ताक्षर (कार्मिक) दीपा
 नाम- दीपा
 पदनाम- सहायक अभियन्ता सिविल

हस्ताक्षर (कार्यालयीय)
 अधीक्षण अभियन्ता
 निर्माण, म. पू. लोको निर्माण विभाग
 देहरादून

OFFICE OF CHIEF MEDICAL OFFICER, HARIDWAR

Date: 21/11/2020

DISABILITY CERTIFICATE

Certificate No. _____
 This is certified that Shri / Smt. Kum. Deepa
 Son / Daughter of Shri / Smt. K. K. K. Age 21/12/16
 Address _____ Identification mark (if any) _____



is suffering from permanent disability of following category: Post burn Contracture of fingers & hand

- A. Locomotor or cerebral palsy:**
- (i) BL-Both legs affected but not arms
 - (ii) BA-Both arms affected (a) Impaired reach (b) Weakness of grip
 - (iii) BLA-Both legs and both arms affected
 - (iv) OL-One Leg affected (right or left) (a) Impaired reach (b) Weakness of grip (c) Ataxia
 - (v) OA-One arm affected (a) Impaired reach (b) Weakness of grip (c) Ataxia
 - (vi) BH-Siff back and hips (Can not sit or sleep)
 - (vii) MW-Muscular weakness and limited physical endurance
- B. Blindness or loss of Vision**
- (i) B-Blind
 - (ii) PB-Partially Blind
- C. Hearing Impairment:**
- (i) D-Deaf
 - (ii) PD-Partially Deaf
- (Delete the category whichever is not applicable)

2. This condition is progressive / non-progressive / likely to improve / not likely to improve
 of this case is not recommended / is recommended after a period of _____ years _____ months

3. Percentage of disability in heather case is 100% percent

4. Sh./Smt. Kum. _____ wants the following physical requirements for discharge of his / her duties.

- | | |
|--|--------|
| (i) F-can perform work by manipulating with fingers. | Yes/No |
| (ii) PP-can perform work by pulling and pushing. | Yes/No |
| (iii) L-can perform work lifting. | Yes/No |
| (iv) KC-can perform work by kneeling and crouching. | Yes/No |
| (v) B-can perform work by bending. | Yes/No |
| (vi) S-can perform work by sitting. | Yes/No |
| (vii) ST-can perform work by standing. | Yes/No |
| (viii) W-can perform work by walking. | Yes/No |
| (ix) SE-can perform work by Seating. | Yes/No |
| (x) H-can perform work by hearing / speaking. | Yes/No |
| (xi) RW-can perform work by reading and writing. | Yes/No |

Member
 Medical Board

Member
 Medical Board

Chief Medical Officer
 Haridwar (U.K.)
 Chairperson
 Medical Board