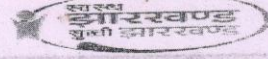




स्वास्थ्य निदेशालय
झारखण्ड, राँची



पत्रांक:-25/स्वा०नि०(चि०प्रति०) विविध-25/2012-70.7(25)/स्वा०,

प्रेषक,

डा० सुमंत मिश्रा
निदेशक प्रमुख, स्वास्थ्य सेवाएँ,
झारखण्ड, राँची।

सेवा में,

डा० एन०के० सिन्हा
राज्य कुष्ठ नियंत्रण पदाधिकारी सह राज्य नोडल पदाधिकारी, झारखण्ड।
सभी सिविल सर्जन, झारखण्ड।
अधीक्षक, रिम्स राँची।
अधीक्षक, पी०एम०सी०एच०, धनबाद।
अधीक्षक, एम०जी०एम०मैडिकल कालेज अस्पताल, जमशेदपुर।
डा०टी०हेम्ब्रम, उप निदेशक सह-नोडल पदाधिकारी, IEC, झारखण्ड।

राँची, दिनांक:-21/3/2014

विषय :- श्री अमरनाथ जी की यात्रा 2014 के संबंध में।

प्रसंग :- स्वा० विभाग का पत्रांक 2875(25) दिनांक 27.11.2012 एवं
339(25) दिनांक 13.02.2013

महाशय,

उपर्युक्त प्रसंगाधीन विषयक का अवलोकन किया जाय। विभागीय पत्रांक 2875(25) दिनांक 27.11.2012 द्वारा आप सबों को राज्य स्तर एवं जिला स्तर पर माननीय सर्वोच्च न्यायालय के WP(C) No. 284/2012 के आलोक में नोडल पदाधिकारी नामित किया जा चुका है। विभागीय पत्रांक 339(25) दिनांक 13.02.2013 द्वारा "Compulsory health certificate for shri Amarnathji yatra 2013" के लिए प्रपत्र उपलब्ध कराया गया है।

गत वर्ष की भांति इस वर्ष श्री अमरनाथ जी यात्रा 2014 के लिए भी तीर्थयात्रियों के "Compulsory health certificate" जारी करने हेतु सभी सिविल सर्जन को जिला हेतु तथा संबंधित अधीक्षक को तीनों मेडिकल कालेज हेतु पदेन नोडल पदाधिकारी नामित किया जाता है तथा निदेशित की जाती है कि वर्ष 2013 के लिए संबंधित प्रपत्र में ही वर्ष 2014 के लिए अग्रेतर कार्रवाई करना सुनिश्चित किया जाय तथा कृत कार्रवाई से अधोहस्ताक्षरी को अवगत कराया जाय। किसी भी जानकारी हेतु राज्य नोडल पदा०(अमरनाथ यात्रा) डा० एन के० सिन्हा राज्य कुष्ठ नियंत्रण पदा० से(94314-29875 पर)सम्पर्क कर सकते हैं।

अनु०

Compulsory health certificate
का प्रपत्र।

विश्वासभाजन

डा० सुमंत मिश्रा

निदेशक प्रमुख, स्वास्थ्य सेवाएँ,
झारखण्ड, राँची।

21/3

COMPULSORY HEALTH CERTIFICATE FOR SHRI AMARNATHJI YATRA 2013

Please paste one recent passport size photograph here

P.T.A: (TO BE FILLED BY APPLICANT)

Name _____ S/o, D/o, W/o _____
Address _____
Date of Birth _____ Identification mark: _____ Blood Group: _____

DECLARATION: Have you suffered from or have history of any of the following:

- | | | | |
|------------------------------|--|------------------------------------|--|
| a) Breathlessness | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | b) Diabetes | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| c) Respiratory/ lung ailment | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | d) High Blood pressure | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| e) Blood disorder | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | f) Asthma | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| g) Bleeding tendencies | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | h) Epilepsy | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| i) Heart ailment | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | j) Nervous breakdown | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| k) Joint Pains | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | l) High altitude/mountain sickness | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| m) Discharge from ear | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | n) History of stroke/ paralysis | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| o) Are you a smoker | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | p) Are you pregnant | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

- q) History of Heart Attack; if yes, please specify _____
- r) History of sudden death in family members; if yes, please specify _____
- a) Any major injury in the past; if yes, please specify _____
- t) Any other ailment; if yes, please specify _____
- u) History of surgery; if yes, please specify _____
- v) Are you undergoing under any medication; if yes, please specify _____
- w) Are you allergic to drugs, foods and chemicals; if yes, please specify _____

I hereby declare that the particulars given above are true to the best of my knowledge and belief, and nothing has been concealed.

Signature/ thumb impression of the Applicant

T.B: (TO BE FILLED BY AUTHORISED MEDICAL AUTHORITY)

On the basis of information furnished by the applicant, detailed examination and the necessary investigations, it is certified that _____ is fit to undertake the journey to the Shri Amarnathji Holy Cave Shrine.

Is any specific test conducted before issuing the certificate: _____

Signature of the Doctor _____ Signature and seal of Authorized Medical Authority

Registration No: _____ MCI State Medical Council Registration No: _____

Date of issue: _____