

शासकीय, अर्द्धशासकीय तथा अन्य मान्यता प्राप्त चिकित्सा महाविद्यालय में कार्यरत या कार्य करने का अनुभव प्रमाण—पत्र

क्रमांक/200

दिनांक :

अनुभव प्रमाण—पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि डॉ. श्री/श्रीमति/कुमारी/.....पिता/पति का नाम

..... निवास ग्राम/नगरतहसील जिला के है, जो कि

दिनांक से दिनांक तक (कुलवर्षमाह) इस चिकित्सा महाविद्यालय में चिकित्सा

शिक्षक के रूप में कार्य किए हैं/कर रहे हैं।

दिनांक :

हस्ताक्षर (मुहर)

स्थान :

डीन/संस्था प्रमुख

चिकित्सा महाविद्यालय

संस्था की सील